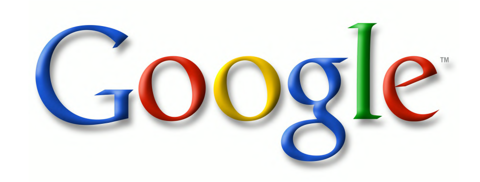
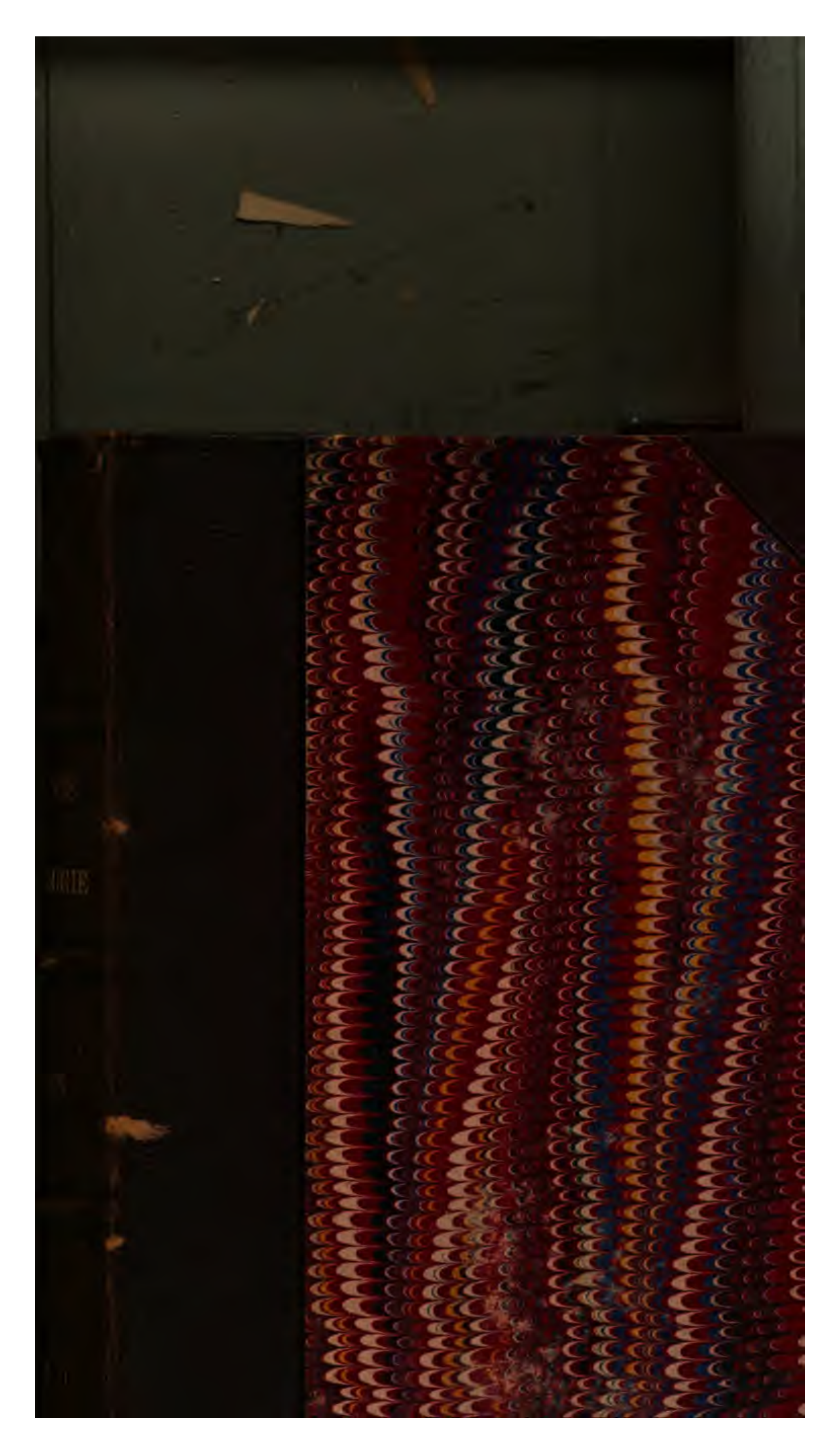
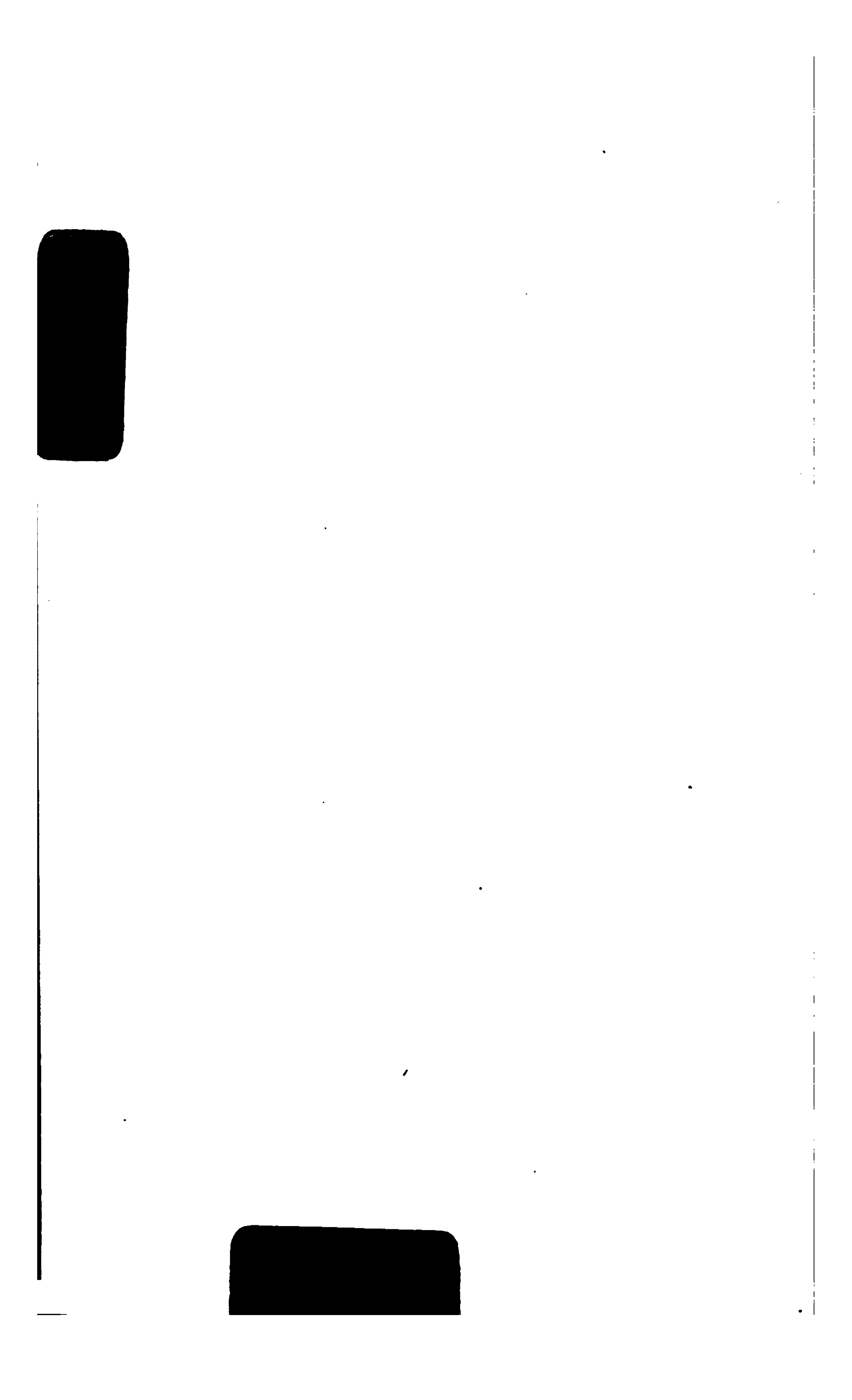






ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. JOFFROY
Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

V. MAGNAN
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).

F. RAYMOND
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

Deuxième série, tome X. — 1900.

Avec 16 figures dans le texte.

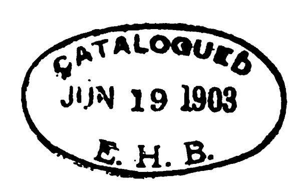
PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes.*

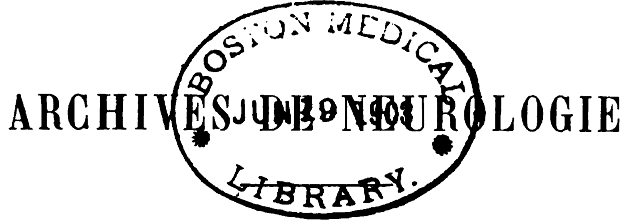
1900


BOSTON MEDICAL
JUN 19 1903
LIBRARY.


CATALOGUED
JUN 19 1903
E. H. B.

Vol. X. Juillet 1900. N° 55.





ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

Sur un cas d'hémorrhagie méningée sous-arachnoïdienne ;

Par MM. Paul COURMONT et CADE.

(*Travail de la clinique de M. le professeur Bondet.*)

L'histoire et particulièrement l'histoire clinique des diverses variétés d'hémorrhagies méningées est encore entourée de nombreuses obscurités. Très variable est le tableau symptomatique qu'elles peuvent réaliser ; et, dans la pratique, le diagnostic des diverses formes entre elles et même avec les lésions en foyer intra-hémisphériques corticales ou profondes, présente de telles difficultés que le plus souvent il n'est porté qu'avec hésitation, et étayé seulement sur des présomptions. Et si ces difficultés diagnostiques se rencontrent lorsqu'il s'agit de l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne consécutive à la pachyméningite ou surtout primitive, elles se rencontrent aussi et à plus forte raison lorsque l'épanchement siège au-dessous de l'arachnoïde, constituant l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne ou intra-pie-mérienne ou encore sous-méningée.

L'étude anatomo-pathologique et la pathogénie de cette dernière se sont éclaircies en partie depuis l'époque où Prus[1] le premier attirait l'attention sur elle, et cherchait à la diffé-

[1] Prus. *Bulletin Acad. méd. Paris*, 1845, Mémoire sur les deux maladies connues sous le nom d'*apoplexie méningée*.

rencier des autres hémorrhagies péri-encéphaliques, mais son histoire clinique est restée encore bien obscure malgré le nombre relativement considérable d'observations qui en ont été publiées, puisque aussi bien c'est là la forme la plus fréquente d'hémorrhagie méningée primitive chez l'adulte. Ce n'est que par l'adjonction de faits nouveaux, en nombre suffisant, et bien observés qu'il sera donné de combler les lacunes, d'éclaircir les obscurités, de superposer exactement les symptômes aux lésions. Peut-être arrivera-t-on ainsi à expliquer la variabilité du tableau clinique, variabilité très frappante lorsqu'on parcourt un certain nombre des observations qui s'en trouvent éparses dans la littérature médicale.

C'est à ce titre que nous croyons intéressant de rapporter le cas suivant que nous avons pu étudier avec soin dans le service de notre maître M. le professeur Bondet, alors suppléé par M. le professeur agrégé Pic.

I. — Observation clinique et anatomo-pathologique.

A) *Observation.* — Le 13 novembre 1899 on amenait à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Augustin, un homme sans connaissance, paraissant âgé d'une soixantaine d'années, et qu'on venait de trouver étendu sur la voie publique. C'étaient là les seuls renseignements qu'on pouvait recueillir sur son compte.

Examiné dès le soir même de son entrée, il présente les particularités suivantes : il est plongé dans le coma, étendu immobile dans son lit, les paupières fermées, la respiration calme. La résolution n'est d'ailleurs pas complète : des excitations cutanées un peu fortes déterminent encore des mouvements dans le membre supérieur droit, et même ce membre présente des mouvements spontanés, le malade l'étend et cherche à saisir ce qui se trouve à sa portée et par exemple les vêtements de ceux qui l'entourent. Ce membre présente un certain degré de raideur, tandis que le membre supérieur gauche est flasque, retombant lourdement. Les membres inférieurs plus ou moins repliés sont aussi contracturés. Il existe une paralysie du facial inférieur droit, le malade fume la pipe et soulève à chaque expiration la commissure droite. Les pupilles sont égales avec conservation du réflexe lumineux. La température est abaissée (36°4). Les urines sont de coloration normale et contiennent un peu d'albumine.

Le lendemain matin (14 novembre), nous constatons la persistance et l'aggravation de l'état comateux : le malade est étendu dans son lit, sans déviation de la tête, les yeux à demi fermés,

nettement déviés à droite, le regard légèrement plafonnant. Les pupilles sont inégales, la pupille gauche étant plus petite ; elles sont de dimensions restreintes et se contractent encore sous l'influence de la lumière. On ne peut apprécier l'état de la langue. La commissure buccale est abaissée et effilée à gauche, le facial inférieur gauche est parésié. Le malade respire la bouche ouverte. Les membres du côté gauche sont absolument flasques et tombent lourdement. Les membres inférieur et supérieur droits présentent au contraire de la raideur.

Les réflexes tendineux sont conservés et normaux des deux côtés. Les réflexes plantaires sont aussi conservés mais présentent la modification signalée par Babinski : l'excitation plantaire détermine des deux côtés un mouvement d'extension des orteils.

La respiration est irrégulière mais sans affecter de type spécial. Pas de Cheyne-Stokes. A l'auscultation des poumons on ne perçoit que quelques ronchus disséminés. Au cœur on constate un certain degré d'hypertrophie, marquée par un abaissement de la pointe, un élargissement de son choc, une augmentation de la zone de matité précordiale, un assourdissement et une prolongation du premier bruit.

Les *artères* sont nettement athéromateuses. Les *urines* recueillies par cathétérisme (car le malade a de l'incontinence de ses sphincters) sont de coloration normale et contiennent un peu d'albumine. La température qui, la veille, était de 36°4, est remontée et marque 39°.

Pendant que nous nous livrions à cet examen nous étions surpris par l'apparition de crises convulsives, qui se déroulèrent à plusieurs reprises devant nos yeux. Ces crises étaient apparues pour la première fois la veille, assez tard dans la soirée et s'étaient répétés plusieurs fois dans le cours de la nuit.

Elles présentaient toutes le même type nettement jacksonien, débutant par des grimaces et des tiraillements dans la moitié gauche de la face et plus spécialement dans la moitié gauche de la lèvre inférieure, puis s'étendant au membre supérieur qui est agité de mouvements cloniques étendus, assez souvent descendant aussi dans le membre inférieur du même côté, enfin parfois se généralisant et rappelant alors assez bien le tableau de la crise d'épilepsie vraie. Mais il n'y a ni émission involontaire d'urine, ni cri, ni morsure de la langue, ni écume à la bouche. Les globes oculaires sont convulsés et fortement déviés vers la gauche. Cet état dure deux ou trois minutes seulement. Ces crises sont provoquées facilement par des excitations diverses et spécialement par des mouvements imprimés au membre supérieur gauche. Elles peuvent être aussi spontanées.

15 *novembre*. — On note la persistance du coma absolu. L'hémiplégie flasque gauche (facial inférieur et membres) persiste aussi.

Il y a toujours un état de contracture de la face et des membres du côté droit.

Les crises d'épilepsie jacksonienne se répètent fréquemment. La température est montée hier soir à 39°5 et ce matin est à 39°7. Le malade meurt ce même jour à une heure après-midi.

AUTOPSIE. — L'autopsie n'a pu être pratiquée que quarante-trois heures après la mort.

On constate extérieurement à gauche sur la région frontale une éraflure cutanée sans importance. Il n'y a pas de lésions de la boîte cranienne.

Après ouverture de la dure-mère on constate à la surface interne de celle-ci au niveau des circonvolutions frontales et pariétales droites un dépôt hémorragique peu important. La pachyméninge ne présente pas d'ailleurs d'altérations, elle n'est pas épaissie et le sang qui la recouvre ne lui adhère pas. Extérieurement tout l'hémisphère droit est recouvert d'un épanchement hémorrhagique, qui, à première vue, paraît infiltré dans la méninge molle et dont le maximum se trouve au niveau des circonvolutions rolandiques. A la partie moyenne de la frontale ascendante l'épanchement est plus noir et plus épais, et l'on peut croire d'abord à du sang venu par effraction de la profondeur. Les méninges cérébelleuses présentent un léger degré d'infiltration. Le liquide céphalo-rachidien est rosé, de quantité à peu près normale.

Rien à la surface de l'hémisphère gauche ni dans son épaisseur. A la coupe de l'hémisphère droit on constate que le sang pénètre profondément dans les scissures et les sillons du cortex, qui sont remplis par des caillots noirs comme par une masse à injection poussée sous pression. Ceci s'observe particulièrement au niveau de la scissure de Sylvius et de celle de Rolando, et la surface de l'insula est recouverte de gros caillots. Sur un point au niveau de la région motrice il y a effraction de la méninge molle.

L'ablation de la pie-mère est difficile, les caillots étant comme fixés dans les scissures et les sillons où le sang a dû s'épancher sous pression. On note à la surface interne de ce feuillet méningé des saillies hématiques correspondant aux dépressions corticales, si bien que cette surface prend l'aspect de la carte géographique en relief d'une région montagneuse. L'épanchement s'est donc fait dans l'épaisseur et au-dessous de la pie-mère. Ce n'est que secondairement que s'est produite en un point limité son effraction à travers cette membrane. Les circonvolutions débarrassées de la méninge sont un peu imbibées de sang, mais lisses et sans lésions. Pas d'épanchement sanguin ni de lésions dans l'épaisseur de l'hémisphère.

La sylvienne droite est enlevée. On constate sur une de ses branches principales un caillot adhérent présentant une surface

lisse après détersion et paraissant contenu sous l'adventice. Ce point paraissant suspect d'être l'origine du raptus hémorrhagique doit être réservé pour un examen plus approfondi. L'artère basilaire est dilatée, indurée, grosse comme une grosse plume d'oie et présente quelques plaques jaunes. On ne constate rien d'anormal du côté du mésocéphale.

Le *cœur* est gros (450 gr.), gras, sans lésions orificielles. Les poumons sont congestionnés. Les *reins* présentent un certain degré de sclérose, la capsule est adhérente et la substance corticale diminuée d'épaisseur.

B) *Examen histologique.* — Nous avons recueilli la sylvienne droite avec soin et nous avons examiné la branche de cette artère présentant à sa surface un caillot noirâtre qui paraissait inclus sous l'adventice. A l'examen macroscopique de la partie moyenne de cette artère ainsi munie d'un caillot périphérique en croissant, on constate à l'intérieur de celui-ci la coupe transversale du vaisseau. Cette coupe est irrégulière, du moins sur une de ses moitiés qui est dilatée et forme un petit sac contenant du sang. L'existence de ce petit sac anévrysmatique est indéniable et apparaît nettement après le grattage des caillots qui recouvraient la surface externe du vaisseau. Son volume est très restreint, atteignant à peine celui d'un petit pois. L'examen microscopique confirme d'ailleurs son existence. Voici les résultats qu'il nous a fournis :

Nous avons pratiqué des coupes transversales d'un fragment pris au niveau de la dilatation anévrysmale, après fixation par l'alcool et inclusion dans la paraffine. Nous les avons colorées soit avec l'Hématéine et l'Eosine, soit avec l'Orcéine.

A un faible grossissement on constate tout d'abord la présence, au milieu d'un caillot volumineux, de la grosse branche artérielle émanée de la sylvienne et coupée plus ou moins transversalement. Sa lumière est très irrégulière; dans une de ses portions elle est arrondie, revenue sur elle-même et ne contient pas de globules de sang. Cette portion arrondie se continue par une lumière étroite avec un segment renflé, dilaté, présentant de nombreux globules sanguins. La paroi de cette artère offre elle aussi une épaisseur et une structure différentes dans les deux régions. Cette différence apparaît nettement déjà même avec un grossissement faible et s'accuse avec un grossissement plus fort.

Au niveau du segment arrondi ou segment artériel principal, on distingue la succession des diverses tuniques qui sont atteintes d'ailleurs de lésions manifestes : l'endartère est épaisse, présentant de la prolifération conjonctive et contenant par places des îlots de dégénérescence sous forme de flaques homogènes à coloration plus ou moins foncée allant du rouge franc au rose pâle et parsemées

de quelques rares noyaux. Ces flaques s'observent surtout dans la portion la plus interne de l'endartère.

La limitante élastique ressort avec netteté surtout sur les préparations colorées à l'orcéïne. En certains points elle devient plus pâle ; elle peut s'amincir ou se fragmenter ou se diviser en plusieurs lamelles et comme s'effeuiller.

La tunique musculaire présente un certain degré de sclérose. Elle est envahie par des éléments cellulaires jeunes, arrondis, à noyaux fortement colorés. Cette invasion embryonnaire est surtout très marquée dans l'adventice.

Dans le segment qui constitue la paroi de la dilatation ampullaire nous ne retrouvons plus la structure de la paroi artérielle que nous venons de décrire. Au niveau des points où se fait l'union de l'anévrysme et du vaisseau, la limitante élastique devient moins colorable, s'effile, se fragmente, puis disparait. On voit aussi la tunique musculaire devenir plus scléreuse, puis disparaître à son tour complètement. L'endartérie ou mieux sa portion interne forme, adossée à l'adventice, la paroi de la dilatation. Cette paroi n'est plus alors constituée que par du tissu fibreux dans les mailles duquel on retrouve une infiltration très abondante de globules sanguins. A sa surface interne existe aussi un caillot adhérent, assez volumineux, sans traces d'organisation, s'effilant en s'engageant dans la lumière rétrécie qui réunit le sac et le segment artériel.

Nous n'avons pu déceler sur nos préparations le siège exact de la fissuration à travers laquelle a dû se faire le raptus hémorrhagique, mais l'infiltration sanguine abondante dans les interstices du tissu fibreux pariétal et tout autour de cette paroi sous forme d'un caillot volumineux indique selon toute probabilité que ce point de rupture était tout proche. En tout cas l'existence de ce petit anévrysme sacciforme jointe à celle d'un gros caillot périphérique et à la notion de son siège dans la région où l'infiltration hémorrhagique intra-pie-mérienne atteint son maximum nous autorise à penser qu'il a été le point de départ de l'hémorragie que nous avons observée, d'autant mieux que nous n'avons trouvé sur aucune autre branche artérielle de dilatation semblable.

Les autres artérioles pie-mériennes intéressées par notre coupe, étaient elles aussi nettement malades et présentaient dans leur portion périphérique surtout une infiltration embryonnaire très abondante.

En somme et pour résumer cette observation :

Cliniquement : au début : Coma, paralysie faciale droite, paralysie du bras gauche, contracture des membres inférieurs, contracture moins forte du membre supérieur droit, pupilles égales, hypothermie.

Plus tard : Coma complet, hémiplégie gauche flasque (facial inférieur et membres supérieur et inférieur gauches), contractures de la face et des membres à droite, déviation des yeux à droite, myosis et inégalité pupillaire, crises d'épilepsie jacksonienne à point de départ dans la moitié gauche de la face, hyperthermie.

Anatomiquement : hémorrhagie sous-arachnoïdienne à la surface de l'hémisphère droit, foyer plus épais au niveau de la scissure de Sylvius, hémorrhagie secondaire et très limitée intra-arachnoïdienne, *petit anévrysme d'une des branches de la sylvienne* (point de départ de l'infiltration sanguine), lésions des artères cérébrales, léger degré de sclérose rénale.

Voilà donc le fait tel que nous avons pu l'observer et l'étudier. Il donne lieu à un certain nombre de considérations que nous allons exposer, considérations d'ordre anatomo-pathologique, clinique et thérapeutique.

II. — Considérations générales.

Les lésions révélées par l'examen nécropsique du sujet de notre observation rentrent dans le cadre ordinaire des descriptions anatomo-pathologiques d'hémorrhagies sous-arachnoïdiennes, du moins des hémorrhagies liées aux ruptures des artères méningées. L'existence d'un épanchement très limité intra-arachnoïdien, consécutif à un point d'effraction secondaire ne peut suffire à la faire rentrer, du moins cliniquement, dans le groupe des hémorrhagies méningées mixtes. Nous voulons au point de vue anatomique retenir seulement deux faits :

D'abord l'existence de lésions de sclérose rénale et en général de lésions artérielles ; en second lieu la présence d'un petit anévrysme sur une branche de la sylvienne et le rôle important qu'il a joué.

On sait combien sont fréquentes les hémorrhagies cérébrales au cours des néphrites artérielles. Il semble en être de même pour les hémorrhagies méningées, du moins pour celles qui sont liées à la rupture d'une artère ou d'un petit anévrysme. Goodhart a bien insisté sur leurs relations avec les lésions rénales : vingt fois sur quarante-neuf cas il y avait une néphrite interstitielle concomitante.

Le parallélisme entre l'hémorrhagie sous-méningée d'origine artérielle et l'hémorrhagie cérébrale se poursuit encore

lorsqu'on examine de plus près le mode de cette effraction sanguine. C'est évidemment sur une artère malade que dans les deux cas se produit la rupture, mais c'est ordinairement par l'intermédiaire d'une dilatation anévrysmale, petit anévrysme d'une artériole intra-cérébrale d'un côté ainsi que l'ont bien montré les premiers Charcot et Bouchard, et d'autre part dilatation anévrysmale portant sur une branche d'une artère ou d'une artériole pie-mérienne. M. le professeur Lépine a attiré l'attention, dans un mémoire important[1], sur le rôle joué par ces anévrysmes, dans la détermination d'un certain nombre d'hémorrhagies sous-arachnoïdiennes.

Dans une de ses observations il s'agissait même de dilatations miliaires absolument semblables à celles décrites par Charcot et Bouchard sur les artérioles intra-hémisphériques. D'ailleurs le volume de l'anévrysme qui peut être très variable est un fait contingent et dépend évidemment surtout du volume du vaisseau sur lequel il a pris naissance. Qu'il s'agisse d'un sac relativement volumineux siégeant sur un des gros troncs artériels de la base, qu'il s'agisse d'une ectasie beaucoup plus restreinte du volume d'un petit pois par exemple comme dans notre cas où la lésion portait sur une artère de moyen calibre, ou bien qu'il s'agisse d'un anévrysme miliaire siégeant sur une artériole pie-mérienne, au fond les lésions sont à peu près les mêmes et leur mécanisme pathogénique est identique. A ce point de vue le rapprochement des hémorrhagies méningées d'origine artérielle et de l'hémorrhagie intra-cérébrale est donc naturel et légitime.

Donc deux faits anatomo-pathologiques nous paraissent devoir être surtout retenus : l'influence des artériopathies et la coexistence de l'artériopathie rénale en particulier, le rôle pathogénique des dilatations anévrysmales.

L'étude clinique de notre observation et la lecture des faits plus ou moins analogues que l'on trouve relatés dans la littérature médicale frappent avant tout par la richesse et la variabilité de la symptomatologie, et aussi par le caractère diffus le plus souvent, complexe toujours et éminemment variable des symptômes relevés chez un même sujet aux diverses phases évolutives de l'accident méningé qui le frappe. Ce sont là les deux points que nous désirons d'abord mettre

[1] *Mémoires de la Société de biologie*, 1867.

en vedette, nous rechercherons ensuite le pourquoi de ces variations et nous verrons enfin quelle importance diagnostique elles peuvent revêtir.

Notre malade avait certainement présenté une symptomatologie assez riche et relativement bruyante, or si on analyse un à un chacun des éléments de ce tableau clinique on remarque non sans étonnement qu'un certain nombre d'entre eux constituaient une manifestation rare de l'hémorrhagie sous-méningée, du moins si l'on s'en tient aux descriptions des classiques. Le *coma* excepté, bien entendu, car c'est là de l'aveu de tous les neuropathologistes le phénomène le plus constant et parfois le seul phénomène observé au cours des épanchements sanglants sous-arachnoïdiens. Prus, par exemple, dit bien l'avoir observé dans ses six cas. Mais encore le coma se présente-t-il avec des variantes soit dans son mode d'apparition soit dans son évolution, tantôt s'établissant d'emblée et atteignant aussitôt son maximum pour persister ainsi jusqu'à la terminaison fatale, tantôt au contraire s'installant progressivement, constituant d'abord plutôt un simple état subcomateux, se transformant plus tard seulement en coma absolu, parfois sujet à des régressions et à des améliorations transitoires. Boudet[1] aurait même vu un individu atteint d'une hémorrhagie sous-arachnoïdienne, qui, frappé d'une attaque d'apoplexie, revenait à lui au bout de dix minutes et ne retombait dans un coma final qu'après une longue période d'un violent délire d'action.

Notre malade présentait nettement une *hémiplégie gauche*. Or on sait que les paralysies localisées, l'hémiplégie par exemple, constituent une manifestation très rare de l'hémorrhagie sous-méningée. Prus n'avait constaté l'hémiplégie que dans trois cas sur douze et Serres en avait même nié la possibilité en s'appuyant sur ses recherches personnelles. Grisolle l'admettait mais comme symptôme moins fréquent et plus tardif que dans l'hémorrhagie cérébrale. M. le professeur Lépine l'observait dans les deux cas de son mémoire déjà cité.

Chez notre sujet l'hémiplégie était flasque, mais dans les débuts pourtant il existait de la raideur des deux membres inférieurs, puis plus tard cette raideur se localisait à la

[1] E. Boudet. *Mémoire sur l'hémorrhagie des méninges.* (*J. des connaissances médico-chirurgicales*. 1839, p. 55.)

moitié droite du corps. Ces contractures du côté de la lésion ne constituent point une anomalie dans l'histoire clinique des lésions méningées, et il y a de nombreuses années déjà que Bochefontaine (*Académie des Sciences*, 1876) et Duret (*Soc. biologie*, 1877) ont démontré expérimentalement leur réalité, du moins pour la pachyméninge. Mais l'accord est encore loin d'être fait en ce qui concerne les relations qui unissent les contractures et l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne.

Jaccoud et Labadie-Lagrave en particulier[1], malgré que Boudet les ait observées quatorze fois sur vingt-sept cas et que Legendre les range au nombre des symptômes essentiels de la maladie, considéraient que les contractures doivent être rapportées d'une façon presque exclusive à la variété intra-arachnoïdienne ou encore à la pachyméningite hémorrhagique. Lorsqu'on les observe dans une hémorrhagie sous-méningée, il s'agirait ou d'une hémorrhagie mixte (sus et sous-arachnoïdienne) ou bien d'une hémorrhagie ventriculaire concomitante.

En fait dans notre observation, il existait bien un léger épanchement sanglant secondaire intra-arachnoïdien, celui-ci existait de même dans une des observations de M. le professeur Lépine où l'on notait de la contracture du membre supérieur du côté de la lésion. Il est donc possible que les contractures directes soient le fait d'une hémorrhagie intra-arachnoïdienne concomitante, mais en tout cas cette coïncidence qui est loin d'être constante ne peut expliquer tous les phénomènes spastiques que l'ont peut observer au cours de l'hémorrhagie sous-méningée.

Parmi ces symptômes d'excitation il en est un, la déviation conjuguée de la tête et des yeux que nous n'avons relevé qu'incomplet dans notre observation (il n'existait en effet, qu'une simple déviation des yeux), et qui n'a été d'ailleurs que très rarement noté.

Nous n'avons point recherché chez notre malade le signe de Kernig, et il est probable que cette recherche eût été négative, étant donnée la topographie de l'épanchement hématique. Si Widal et Merklen en effet ont pu l'observer[2], c'est qu'il s'agissait dans leur cas d'une hémorrhagie sous-

[1] *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*. Article *Méninges*.

[2] Widal et Merklen. *Soc. méd. des hôp.*, 1899.

arachnoïdienne irritant les méninges du mésocéphale et celles de la moelle.

Quant aux *crises convulsives*, elles sont regardées par bien des auteurs comme rares, et cependant nous avons pu constater chez notre malade une série de crises absolument typiques d'épilepsie jacksonienne, que nous ne saurions considérer malgré Jaccoud et Labadie-Lagrave comme le résultat du léger épanchement intra-arachnoïdien secondaire et concomitant que l'autopsie nous a révélé. Dugast dans une thèse de Paris déjà ancienne affirmait au contraire que des convulsions épileptiformes survenant sans cause connue et se montrant sous la forme intermittente suffisaient à établir le diagnostic d'hémorrhagie sous-méningée.

Dans plusieurs observations nous avons trouvé noté un degré marqué de *myosis* et parfois l'*inégalité pupillaire*. Nous avons nous-mêmes constaté celle-ci dans le fait que nous rapportons aujourd'hui.

Nous ne voulions pas terminer cette analyse symptomatique sans rappeler d'abord que notre malade a présenté une courbe de *température* analogue à celle que les travaux de Charcot ont montré appartenir à l'hémorrhagie cérébrale, mais qui s'observe aussi dans les hémorrhagies sous-arachnoïdiennes, ainsi que M. Lépine le faisait remarquer dans son mémoire de la société de biologie : l'hypothermie initiale faisant place rapidement à une réélévation de la température qui bientôt monte au-dessus de la normale pour se maintenir à un taux fébrile élevé, jusqu'à la mort.

Nous voulons aussi rappeler que nous avons noté très nettement et des deux côtés l'apparition de cette modification du réflexe plantaire signalée par Babinski dans les lésions organiques du système neuro-moteur central et consistant dans un mouvement d'extension des orteils sous l'influence d'une excitation cutanée de la plante du pied.

Ce qui ressort le plus nettement de cet exposé critique des symptômes qui marquent la scène clinique des hémorrhagies sous-arachnoïdiennes, c'est la grande variabilité de cette symptomatologie. Ainsi dans telle observation c'est l'hémiplégie que l'on note, dans telle autre aucune trace de paralysie, ici ce sont des contractures, des crises jacksoniennes, là on ne décèle que des phénomènes de déficit. La scène change donc avec l'acteur. Mais ce n'est pas tout.

Chez un même sujet on la voit subir du soir au matin ou d'un jour à l'autre des modifications très importantes. Et ici nous voudrions insister sur cette *variabilité d'un moment à l'autre du tableau clinique chez le même sujet*, variabilité qui, jointe à la diffusion et à la complexité des symptômes acquiert, croyons-nous, une importante valeur diagnostique,

Si nous considérons par exemple le malade dont nous venons de rapporter l'histoire, nous sommes frappés des divergences qui existent entre les résultats des examens successifs auxquels il fut soumis. Ainsi le soir de son entrée, il présentait de la paralysie du facial inférieur droit et du bras gauche, et de la contracture des membres inférieurs et du membre supérieur droit.

Le lendemain nous notions une hémiplegie gauche flasque et de la contracture des membres du côté droit. Mêmes variations du côté de l'état des pupilles : le premier jour elles sont égales, le lendemain l'inégalité était apparue. Chez certains malades on peut même voir l'inégalité se produire tantôt aux dépens d'une pupille tantôt aux dépens de l'autre.

Ainsi donc le tableau clinique change d'aspect avec une grande facilité, et en outre il est surchargé de symptômes et parfois de symptômes d'ordre différent. Les phénomènes de déficit et ceux d'excitation s'y rencontrent et s'y entremêlent ; les paralysies flasques, les contractures, les crises d'épilepsie jacksonienne s'y trouvent réunies. En présence de tels malades on a bien l'impression que la lésion est en variation ou mieux qu'elle évolue et progresse.

Et en effet ce polymorphisme et cette instabilité symptomatiques trouvent leur raison d'être dans le mode d'installation et la progressivité de la lésion. L'épanchement sanglant détermine sur les centres sous-jacents des phénomènes d'excitation puis d'inhibition, puis il étend son effet sur une plus grande surface, puis il peut rompre l'arachnoïde et venir irriter la pachyméninge, etc.

Ce sont ces mêmes notions du mode hémorrhagique, de l'abondance de l'épanchement et surtout de son siège qui expliquent évidemment aussi le fait du polymorphisme de la symptomatologie notée dans les diverses observations.

Il est bien certain que la simple transsudation sanglante, à la surface de l'encéphale, qui peut s'observer au cours de divers états dyscrasiques ne donnera, si du moins elle peut

arriver à s'extérioriser cliniquement, que des symptômes bien vagues et bien légers.

Il ne saurait évidemment en être de même des ruptures veineuses et surtout des ruptures artérielles. Celles-ci, lorsqu'elles siègent au niveau d'un sac anévrysmal volumineux, sont même parfois précédées de phénomènes prodromiques. L'intensité de l'hémorrhagie et sa brusquerie d'invasion dépendront du volume du vaisseau lésé et de la largeur de la rupture ; elles régiront le mode parfois variable d'installation des phénomènes cliniques. Le siège de l'hémorrhagie est assurément le facteur pathogénique le plus important. Ainsi il semble que l'on doive expliquer la rareté relative des troubles de motricité du côté des membres ou de la face, au cours des hémorrhagies sous-arachnoïdiennes par ce fait que les anévrysmes et les ruptures artérielles siègent plus fréquemment à la base du cerveau.

Dans notre cas ce qui dominait la scène c'étaient les phénomènes moteurs, et l'autopsie nous a bien montré que le point de départ de l'hémorrhagie était au niveau d'une des branches de la sylvienne et que c'était au niveau de la région motrice que l'épanchement atteignait son maximum de tension et d'épaisseur. Les constatations nécropsiques nous montraient en outre l'intégrité de ces circonvolutions rolandiques simplement comprimées et mécaniquement irritées ; or on se rappelle que les phénomènes spasmodiques occupaient le premier plan du tableau clinique. Enfin nous avons trouvé un point d'effraction de l'arachnoïde et un épanchement secondaire, d'ailleurs peu important, au-dessous de la pachyméninge. Ces lésions secondaires peuvent évidemment jouer un rôle modificateur. Nous avons en particulier signalé plus haut que Jaccoud et Labadie-Lagrave, attribuaient, peut-être avec exagération, les phénomènes de contracture à l'épanchement secondaire intra-arachnoïdien. Il est possible en tout cas que celui-ci tiennent sous sa dépendance les raideurs observées du côté de la lésion par irritation de la pachyméninge conformément aux expériences de Bochefontaine et Duret.

Un fait important domine donc l'histoire des hémorrhagies sous-arachnoïdiennes, c'est le caractère complexe, polymorphe et instable de la symptomatologie. Ce caractère est, croyons-nous, assez tranché pour aider souvent au diagnostic. Or on sait combien il est difficile de porter ce diagnostic et de l'af-

firmer. Tous les auteurs sont unanimes sur ce point. L'hémorrhagie cérébrale est cependant plus systématisée dans ses symptômes et son apoplexie est souvent plus brusquement complète. Avec l'effraction ventriculaire apparaissent les contractures précoces.

Le ramollissement cérébral a ordinairement pour lui son mode de début et son étiologie.

La congestion cérébrale a une durée moindre et une symptomatologie moins brutale.

Et quant à la commotion cérébrale, à laquelle on peut toujours penser, surtout en l'absence d'anamnestiques précis, elle est surtout marquée en même temps que par un état comateux assez profond par des phénomènes du côté du pouls et de la respiration (irrégularité, ralentissement). Les troubles morbides durent ordinairement assez peu et s'effacent graduellement.

Mais s'il est difficile de séparer cliniquement une lésion intra-cérébrale d'une lésion péri-cérébrale, il est peut-être encore plus difficile de distinguer entre les diverses variétés d'hémorrhagies méningées, sauf quand il s'agit d'un sujet que l'on a pu suivre et observer antérieurement et chez lequel on a relevé les symptômes d'une pachyméningite, avant-coureurs d'une hémorrhagie intra-arachnoïdienne. Quant à l'épanchement sanglant entre les os du crâne et la dure-mère, le plus souvent d'origine traumatique, son diagnostic deviendra malaisé en l'absence de cette notion étiologique.

Et cependant cette question de diagnostic anatomique et topographique des hémorrhagies intra-craniennes n'a pas qu'un intérêt purement théorique, elle se double d'une question vitale de thérapeutique.

On ne discute plus sur les avantages et la nécessité d'une intervention dans l'épanchement épidural. De même dans les pachyméningites où la trépanation a déjà été pratiquée maintes fois (Armstrong, Krönlein, Golding-Bird, Grainger-Stewart, etc.), il ne paraît pas douteux que les résultats qu'elle a fournis soient de beaucoup supérieurs à ceux que procure la simple expectation, Weismann rapportait en 1882-85 dans la *Deutsch. Zeit. f. Chir.* une statistique basée sur 257 cas et d'après laquelle la trépanation aurait donné 67 p. 100 de succès, tandis que l'expectation aurait été suivie d'une mortalité de 90 p. 100 Ces chiffres sont très éloquents. Mais il est en pratique malheureusement très dif-

ficile souvent de porter un diagnostic ferme, du moins un diagnostic de siège et de localisation.

Il est bien certain que dans notre cas, où la question d'une intervention avait été agitée, celle-ci, même guidée par l'existence de convulsions à type jacksonien et à point de départ facial n'eût donné que des résultats bien insignifiants. L'impossibilité d'évacuer une pareille hémorrhagie en nappe est ressortie clairement pour nous de l'examen nécropsique des hémisphères cérébraux. Néanmoins la trépanation et l'incision de la dure-mère auraient-elles pu, en diminuant la tension intra-cranienne, améliorer l'état du malade ? C'est là chose possible, et c'est ce que démontreront peut-être dans un avenir plus ou moins prochain les progrès de la chirurgie intra-cranienne.

On voit en tout cas par notre observation que l'existence de phénomènes spasmodiques d'épilepsie jaksonienne au cours d'un coma, même lorsqu'ils indiquent une localisation cérébrale précise, ne constituent pas une indication opératoire impérative puisqu'ils peuvent être produits par une hémorrhagie sous-méningée en nappe.

CONCLUSIONS.— L'hémorrhagie sous-arachnoïdienne se produit ordinairement chez les artério-scléreux atteints, à des degrés plus ou moins marqués, d'artérite cérébrale Elle est habituellement déterminée par la rupture d'un anévrysme de volume variable.

Cliniquement, l'hémiplégie et l'épilepsie jacksonienne, c'est-à-dire les phénomènes de localisation semblent plus fréquents que ne l'indiquent beaucoup d'auteurs. Dans notre cas notamment ces phénomènes devaient faire diagnostiquer une localisation assez étroite et pousser à une intervention.

La variabilité des symptômes d'origine corticale observés dans un court délai chez un même malade, variabilité qui a été très nette dans notre cas, nous paraît devoir constituer un bon signe diagnostique de l'hémorrhagie méningée d'avec l'hémorrhagie intra-cérébrale.

Les phénomènes de localisation ne sont pas toujours une indication opératoire suffisante, puisque dans la plupart des cas d'hémorrhagie sous-arachnoïdienne par exemple, la diffusion de l'épanchement rend une intervention inutile.

CLINIQUE MENTALE.

Du sens génital étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale;

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Dans deux précédents mémoires j'ai étudié le *sens tactile*[1] et le *sens analgésique*[2] à l'aide d'une longue et patiente méthode qui a consisté à suivre les mêmes paralytiques généraux au nombre *de* 108 *depuis le début de la maladie jusqu'à sa terminaison par la mort*, en ayant soin de rechercher sur eux à des intervalles rapprochés et au même moment toute la symptomatologie physique et mentale de la paralysie générale. Ce travail, le troisième, est consacré au sens génital. Le sujet est délicat car pour le traiter à fond, il est nécessaire de dévoiler les secrets de l'alcôve et de noter d'intimes détails. Certes, la mère ne conseillera pas la lecture de ce mémoire à sa fille et je ne la lui conseillerai pas davantage à elle-même, mais sans rappeler que nos aïeux affirmaient avec raison que la science comme le feu purifie tout ce qu'elle touche, je dirai que j'écris dans un journal scientifique pour des hommes de science, et que dans ces conditions : honni soit qui mal y pense.

Pour se renseigner sur le sens génital des paralytiques généraux il y a trois sources d'informations. D'abord le malade lui-même. J'ai été, en effet, très surpris de constater combien dans beaucoup de cas, le paralytique général, même à une période déjà avancée, restait conscient de l'état de sa virilité et fournissait sur celle-ci des renseignements que les deux autres moyens de contrôle démontraient être exacts. De même que le malade qui se prétend empereur ou million-

[1] *Archives de Neurologie*, 1898-1899.

[2] *Bulletin de la Société de Médecine mentale* de Belgique, 1898.

naire, vous répondra sincèrement qu'il est journalier à 3 francs par jour si vous lui demandez sa profession, de même tandis qu'il se prétend de force à déflorer deux cents vierges en une nuit, il vous avouera le plus souvent sans réticence que depuis six mois il n'a plus d'érection, si vous l'invitez à fixer l'époque de ses derniers rapports sexuels. Il en est même qui cherchent à expliquer le désaccord existant entre la réalité et leurs paroles : ainsi, un prétendait que son impuissance tenait à l'absence de toute femme dans le service ; un autre à la *poudre aux moines* que nous mettions dans les aliments pour calmer les ardeurs des malades, et tous deux juraient que dehors, ils se faisaient fort de satisfaire coup sur coup une douzaine de Messalines pour le moins. N'empêche que les renseignements qu'ils donnaient sur l'état véritable de leur virilité étaient exacts. De même il est rarement arrivé que ceux fournis sur l'état inverse, l'état d'excitation, n'aient pas été reconnus fondés. Le paralytique général, du reste, n'a presque toujours aucune retenue, il ne se cache pas. Quand le sens génital parle chez lui, il se masturbe et il se masturbe un peu partout ; même si sa verge en érection le gêne dans son pantalon, lui ne se gêne guère pour la mettre à l'air. Il en résulte qu'il est d'ordinaire assez facile de s'assurer si l'excitation indiquée par le malade est exacte. On a encore dans les taches des chemises et des draps, un bon moyen de vérifier la fréquence et l'abondance des éjaculations.

Mais les renseignements les plus sûrs sont fournis par les femmes des paralytiques généraux qui, quand elles sont interrogées avec réserve et délicatesse, s'empressent de tout raconter au médecin. Par elles, on arrive à connaître non seulement toujours l'état avant l'entrée, mais encore souvent l'état à l'asile, et cela même si les malades ne sortent pas en permission de promenade ou en congé de quelques jours, car lors des visites, elles reçoivent de leur homme, plus d'une confidence sur ce sujet. Il importe donc de choisir de préférence comme sujets d'observations des paralytiques dans la force de l'âge et en puissance de femme.

A l'aide de ces trois moyens et en suivant nos 108 paralysies générales du début à la terminaison de la maladie, travail que nous avons poursuivi durant *six ans*, nous avons constaté des choses intéressantes sur lesquelles l'attention n'a

pas été, croyons-nous, suffisamment attirée. Mais pour bien apprécier les résultats de nos recherches, il convient de résumer brièvement l'état actuel de la question, en rapportant les appréciations contenues dans les travaux les plus récents sur la paralysie générale et relatives aux modifications du sens génital dans cette affection.

Les fonctions génitales, écrivent MM. Magnan et Sérieux, sont souvent troublées; on observe au début même de la maladie, une impuissance plus ou moins complète; dans le cours des accès maniaques et même en dehors d'eux, on peut constater une excitation génitale qui pousse le sujet à des excès vénériens, à l'onanisme. D'après M. Huet, à la période initiale, les fonctions génésiques sont assez souvent modifiées; chez les hommes, on observe de la frigidité et de l'impuissance contrastant avec l'excitation génitale d'ordre psychique, assez fréquente au contraire. Cet auteur ne dit rien des périodes d'état et de terminaison. Pour M. Voisin, au contraire, l'activité génésique acquiert souvent des proportions extraordinaires pendant la période prodromique. Les individus deviennent insatiables, au grand étonnement de leurs épouses qui finissent bientôt par s'inquiéter de ces manifestations insolites; elles font alors des confidences incroyables. Cet auteur considère comme bien plus rare la frigidité prématurée qui ne se constate que dans certains cas. M. Voisin ajoute que cette excitation s'accentue à la première période et l'attribue à l'hypéresthésie, l'excitation génitale, qui à la seconde période se manifeste par des pratiques d'onanisme. Il ne dit rien de la phase terminale. M. Gilbert Ballet ne parle des troubles du sens génital qu'à la période prodromique. On observe bien souvent, dit-il, une surexcitation sexuelle qui se produit par des excès génitaux pouvant même entraîner les malades à des actes immoraux, d'autres fois, au contraire, il existe de l'agénésie.

De tous les états d'excitation, nous apprend M. Sollier, la première période de la paralysie générale est celui où l'érotisme est le plus marqué. Il se traduit non seulement par des idées et des paroles, mais encore par des actes. L'auteur constate que cette excitation génésique donne souvent lieu à des conceptions délirantes; les paralytiques se croient capables de repeupler le monde, de posséder mille femmes dans une nuit et autres prouesses du même genre. MM. Christian

et Ritti sont d'avis que l'excitation génésique se produit presque invariablement pour durer plus ou moins longtemps à la période prodromique et est la source la plus fréquente des actes délictueux ou immoraux commis à cette phase. Elle va en diminuant à mesure que l'affection progresse; cependant, ajoutent-ils, on voit quelquefois des paralytiques, arrivés à une période très avancée, qui se livrent avec fureur à l'onanisme; on en peut citer d'autres qui, quoique malades depuis longtemps, sont encore capables de se livrer au coït et même de devenir pères. M. Régis signale seulement à la période prodromique des altérations en divers sens de la puissance génésique. Nous n'avions rien trouvé de spécial dans M. Dagonet ni dans M. Culerre, mais M. Grasset spécifie qu'à la période prodromique, certains paralytiques commettent des actes de libertinage éhonté, sans raisons apparentes, montrant un érotisme qui contraste souvent avec l'impuissance réelle, car Baillarger a noté, en effet, la perte des facultés génitales, dans beaucoup de cas, un an et plus avant le début de la paralysie générale confirmée. Cet auteur, lui aussi, ne signale les troubles du sens génital ni à la deuxième, ni à la troisième période; seulement à l'occasion des formes spinales, il parle d'un satyriasis habituel, bien différent de l'impuissance des tabétiques.

Si nous interrogeons les aliénistes étrangers nous ne trouverons pas davantages d'appréciations basées sur des recherches systématiques poursuivies du début à la terminaison de la paralysie générale chez les mêmes malades. Les fonctions sexuelles, nous apprend M. Schule, sont en général exagérées au début de la maladie, à la période d'excitation; la manière inconvenante dont leur satisfaction est accomplie est souvent le point de départ d'actes délictueux, même d'actes criminels. Plus tard, avec les progrès de la paralysie, l'excitation anormale et la fonction sexuelle s'affaiblissent (pollutions involontaires avec flaccidité de la verge, pertes séminales pendant la miction et la défécation). M. de Kraff-Ebing formule ainsi son opinion : « L'instinct génital est, dans les premiers stades de la maladie ainsi que dans les états d'excitation épisodique, habituellement accentué, parfois aussi perverti; dans les stades terminaux, le libido et la puissance sexuelle tombent ordinairement à zéro. » Enfin nous lisons dans l'ouvrage de M. Mickle que la perte des facultés génitales a été

notée dans quelques cas comme symptôme prodromique; que d'un autre côte des excès sexuels coïncident quelquefois avec le développement des premiers germes de la maladie et quand ils semblent être une cause, souvent ils ne sont en réalité qu'un symptôme prodromique.

Est-on autorisé après cela à se dire bien éclairé sur les troubles de la fonction génitale chez les paralytiques? j'en doute fort. Tout d'abord il est un point important complètement omis par tous les auteurs : le coït; or nous avons trouvé de ce côté des particularités intéressantes. Le rapport existant entre le libido, le désir de posséder la femme, et la possibilité de réaliser cette possession ne paraît non plus avoir suffisamment préoccupé les observateurs. Ensuite à entendre les uns, aux périodes initiales, l'impuissance serait le fait le plus fréquent et à entendre les autres, ces derniers les plus nombreux, l'excitation génitale l'emporterait de beaucoup; mais ni ceux-ci, ni ceux-là ne semblent avoir recherché si les deux états ne se remplaceraient pas chez le même sujet et à des intervalles assez courts. D'un autre côté, nous sommes loin d'être complètement renseigné par tout ce que nous avons rapporté sur les modifications du sens génital aux diverses périodes de la maladie, la nature des altérations, leurs nuances, leur fréquence absolue et relative selon les diverses formes mentales, l'intensité des troubles moteurs aux phases initiales, l'étiologie ou l'âge des malades, l'influence de ces troubles sur le délire, leurs rapports avec les sensations subjectives ressenties par les paralytiques, leur valeur au point de vue du pronostic et du diagnostic; tous points sur lesquels nos recherches patiemment poursuivies du début à la terminaison de la paralysie générale sur 108 sujets nous apporteront des données précises et comparables.

Ces 108 sujets que nous suivîmes ainsi pas à pas, recherchant à intervalles rapprochés, chez chacun au même moment, toute la symptomatologie physique et mentale, étaient des paralytiques généraux exempts de toute complication par névrose ou affection de la moelle, afin d'avoir des résultats appartenant exclusivement à la périencéphalique chronique interstitielle. De ces 108 paralytiques, il n'en est que 42 qui aient parcouru toutes les trois périodes de la maladie pour aboutir au marasme paralytique; 32 ont succombé à la première période; 30 à la seconde; enfin il en est quatre qui

depuis plusieurs années sont restés à la phase initiale bien qu'ils présentent les signes physiques caractéristiques de la paralysie générale.

Les constatations opérées sur ces 108 malades se sont élevées à 1802, mais toutes n'ont pas réussi et 91 fois, nous ne sommes pas parvenu à constater avec certitude l'état du sens génital, soit une proportion d'insuccès de 5 p. 100 seulement. Nos échecs ont été d'autant moins nombreux que la maladie était plus avancée; ce résultat est facile à comprendre, le paralytique cachant d'autant moins les troubles de ce côté que son inconscience est plus marquée; autant il est facile de s'assurer qu'un malade à la troisième période a le sens génital aboli, autant cette constatation est difficile à la première, si le malade, honteux de son impuissance, la dissimule.

Nos échecs ont donc été de 55 à la première période, soit 3 p. 100; de 29, à la seconde, soit 1,6 p. 100; et seulement de 7 à la troisième, soit 0,3 p. 100.

Les 1.711 constatations qui réussirent se divisent comme il suit au point de vue de l'anormalité et de la normalité.

Normaux.	112 soit	6,5	p. 100
Anormaux	1599 —	93,5	—

Ainsi, c'est très rarement qu'il arrive de trouver le sens génital normal dans la paralysie générale; l'altération de ce sens est un fait à peu près constant.

Si nous n'envisageons que les 42 sujets qui parcoururent à l'asile les trois périodes de leur affection paralytique pour aboutir au marasme, nous trouvons, nos constatations pour ces 42 sujets ayant été de 959 sur lesquelles 42 échouent et 917 aboutissent.

Normaux.	49 soit	5,3	p. 100
Anormaux	868 —	94,7	—

La proportion des anormaux est encore plus forte, car nous verrons que le sens génital est toujours altéré à la troisième période.

En quoi a consisté l'anormalité que nous avons constatée? Disons tout d'abord que nous n'avons jamais rencontré de perversion du sens génital. Seul, de tous les auteurs que nous avons cités, M. de Kraff-Ebing dit que l'instinct sexuel

est parfois perverti; mais sans indiquer comment. Chez nos 108 sujets nous n'avons trouvé que des anomalies simples et des troubles dans le mécanisme de la copulation. Tout d'abord une excitation à tous les degrés arrivant même jusqu'au priapisme ou au contraire un affaiblissement poussé jusqu'à l'impuissance. D'ordinaire le paralytique excité accomplissait normalement le coït qu'il répétait un nombre souvent prodigieux de fois et le paralytique affaibli perdait en même temps que sa virilité le désir de la femme. Mais il n'en fut pas toujours ainsi et chacun de ces deux grands groupes nous a offert deux variétés. A côté des paralytiques qui accomplissaient plus souvent que d'habitude mais normalement le coït, nous en avons eu d'autres qui éjaculaient par le fait seul de l'introduction de la verge dans le vagin; chez certains le réflexe éjaculateur était encore plus prompt à se produire: la pénétration du pénis dans la cavité vaginale n'était même pas nécessaire, l'acte s'accomplissait avant celle-ci, à la vulve. A l'inverse de ceux-ci, il en fut d'autres qui mettaient au contraire à éjaculer un temps démesurément long et il s'en est même trouvé qui, conservant indéfiniment leur érection, n'aboutissaient jamais à l'éjaculation. Le plus souvent ces deux troubles de la copulation étaient associés à une excitation génitale assez marquée, au besoin plus répété de coïter, mais il nous est arrivé de les constater en dehors de celle-ci. Le libido se manifestait aux époques habituelles, seulement l'éjaculation était ou très précipitée ou très retardée.

D'ordinaire, avons-nous dit, l'impuissance chez nos paralytiques était complète et accompagnée de frigidité; mais d'autres fois les sujets conservaient un vif désir de la femme qu'ils étaient incapables de satisfaire et alors de deux choses l'une, ou les attouchements opérés par celle-ci déterminaient après un temps variable l'éjaculation sans rigidité du membre, ou le réflexe ne se produisait jamais malgré le supplice imposé d'une masturbation parfois fort longue. Si, à cela nous ajoutons les pertes séminales involontaires, nous aurons la nomenclature complète des troubles génitaux que nous avons relevés. Ces pertes furent de deux espèces : sthéniques ou asthénique; nous les avons rencontrées tantôt chez des sujets impuissants, incapables de la moindre érection, tantôt chez des sujets qui cependant sacrifiaient souvent à Vénus; s'en-

dormaient-ils après des coïts même répétés, qu'ils éjaculaient au milieu d'un rêve voluptueux.

Dans tout cela il n'y a aucune perversion et à cet égard le paralytique impuissant mais libidineux diffère du sénile et du névropathe qui ont perdu leur virilité tout en conservant le libido. Ces deux derniers pour obtenir l'érection demandent à la femme des complaisances ou se livrent sur elle à des manœuvres auxquelles le premier ne paraît pas avoir recours, à en juger par mes constatations. Certes le paralytique impuissant et qui n'a pas perdu le libido ne devient pas plus chaste qu'il n'était jadis; s'il était coutumier du vaginolingus, du cunilingus, de la masturbation buccale ou de la pédérastie féminine, il garde ses goûts, mais de nos paralytiques, il n'en est pas un seul qui, à ma connaissance, ait apporté dans la recherche de l'érection des raffinements auxquels il n'avait pas recours auparavant, raffinements qu'on retrouve chez tous les séniles et chez tous les névropathes frappés dans leur virilité.

Je crois que si les auteurs insistent tant sur l'excitation génitale à la période prodromique de la paralysie générale, c'est qu'elle constitue un fait positif se manifestant par des actes parfois délictuenx et même criminels qui attirent l'attention tandis que l'impuissance est un fait négatif. En effet j'ai pu avoir sur 95 de mes 108 paralytiques des renseignements précis par leurs femmes ou leurs maîtresses et tous les 95 ont eu des troubles de la fonction génitale, 60 fois, ces troubles furent en moins et 35 fois seulement en plus; l'affaiblissement du sens génésique serait donc beaucoup plus fréquent. Cette fréquence plus grande est confirmée par ce fait que chez 5 sujets seulement l'excitation fut continue, chez les 30 autres elle a été intermittente, éclatant par périodes que séparaient des intervalles d'accalmie, voire même d'impuissance. Il est vrai de dire qu'également chez 35 seulement des 60 abolis, l'impuissance fut persistante, par moments pour les autres la fonction reparaissait. Néanmoins il ne reste pas moins acquis que nous avons noté bien plus souvent l'altération en moins que l'altération en plus. Le retard dans l'éjaculation est ensuite le trouble qui s'est surtout présenté : 9 fois contre 4 fois le trouble inverse. Parmi les 60 impuissants il n'en est que 5 qui avaient conservé le libido avec possibilité d'éjaculation par la masturbation. Il ne nous a pas

été possible de nous renseigner exactement sur les pertes séminales à cette période, la plupart des femmes ignorant ce phénomène pathologique.

Nous avons été à même de vérifier tous ces troubles durant le séjour des paralytiques à l'asile en nous servant des trois moyens d'information exposés au début de ce travail et nous avons pour nos 1599 constatations d'anormalité.

Altérations en moins.	1353	soit	85	p. 100
— en plus. .	246	—	15	—

Ainsi c'est seulement dans la faible proportion de 15 p. 100 que dans nos constatations, nous avons noté l'exagération du sens génital, le trouble est donc très rare comparativement au trouble inverse; la perte de la virilité paraît ainsi être bien le fait habituel dans la paralysie générale et ce fait est confirmé par le tableau suivant consacré aux diverses variétés de troubles en plus et en moins et dans lequel se voit une proportion maxima considérable pour les abolitions complètes.

Exagérations simples.	176	soit	11,0	p. 100
— avec pertes séminales	21	—	1,3	—
— avec éjaculation précipitée. .	35	—	2,1	—
— avec éjaculation retardée. . .	14	—	0,8	—
Affaiblissement.	92	—	5,7	—
Impuissance totale	1.219	—	76,7	—
— avec éjaculation possible. . .	14	—	0,8	—
— avec libido sans éjaculation .	14	—	0,8	—
— avec pertes séminales	14	—	0,8	—

L'impuissance sans désir ni éjaculation, l'impuissance totale, est, d'après ce tableau, le trouble habituel du sens génital dans la paralysie générale ; très loin après vient l'exagération simple, c'est-à-dire avec coït normal; arrive enfin en proportion moitié moindre que celle-ci l'affaiblissement. Quant aux diverses autres perturbations que nous avons signalées, comme pouvant se trouver associées, soit à l'altération en plus, soit à l'altération en moins, elles sont exceptionnelles comparativement à l'impuissance et à l'excitation génitale. De ces perturbations la moins rare serait l'éjaculation précipitée qui serait deux fois plus fréquente que l'éjaculation retardée, proportion inverse de celle de la période prodromique, mais quelque exceptionnelles que soient ces altéra-

tions, elles existent et dès lors méritent d'être signalées et décrites. Il semblerait d'après nos constatations qu'elles appartiennent plus particulièrement à la période prodromique, mais leur rareté à l'asile peut n'être qu'apparente et tenir aux difficultés d'observation tandis que au dehors, avant l'entrée, les femmes des malades sont en mesure de les constater jour par jour. Dans tous les cas, un fait est indéniable : leur existence dans la paralysie générale.

On comprendra qu'il ne nous a pas été possible, ainsi que nous l'avons réalisé pour le sens tactile et le sens algésique, de noter les nuances des altérations du sens génital. Nous avions déjà trop de peines à nous assurer de ces altérations pour reconnaître exactement si elles étaient légères, modérées ou fortes. Sans insister davantage, nous allons maintenant rechercher dans quelles proportions les troubles que nous avons notés se répartissent aux trois périodes de la paralysie générale.

	1re PÉRIODE		2e PÉRIODE		3e PÉRIODE	
		p. 100		p. 100		p. 100
Anormal	800	soit 77,8	583	soit 100	216	soit 100
Normal	112	— 12,2	0	— 0	0	0

Ce tableau démontre ce fait intéressant que le sens génital dès la seconde période de la paralysie générale a toujours été trouvé anormal ; il montre que même à la phase initiale la normalité de ce sens est rare ; les troubles génitaux méritent donc de figurer parmi les plus constants, les plus accentués et les plus précoces de la périencéphalite chronique. Relativement aux deux genres d'altérations en plus et en moins nous avons aux diverses périodes :

	1re PÉRIODE		2e PÉRIODE		3e PÉRIODE	
		p. 100		p. 100		p. 100
Altérations en plus.	190	soit 22,8	43	soit 7,3	13	soit 6
— en moins. . . .	610	— 77,2	540	— 92,7	203	— 94

Ce tableau met en pleine évidence un second fait intéressant, à savoir que l'altération en plus, bien que trois fois plus fréquente à la première phase où elle est néanmoins très rare par rapport à l'altération en moins s'est rencontrée à la période ultime de la maladie et ce, en proportion sensiblement la même qu'à la seconde. Ainsi il arrivera de trouver l'exagération du sens génital même chez des paralytiques

alités, incapables de se tenir sur leurs jambes. Certes il n'est guère probable qu'ils soient en état d'accomplir le coït normal, mais ils ont des érections, se touchent et éjaculent. On voit donc que si l'exaltation génitale est infiniment plus rare, même dans le début de la maladie, que l'affaiblissement et l'impuissance, elle jette parfois une dernière lueur aux portes même du tombeau. Nos constatations confirment en conséquence et au delà l'assertion émise par MM. Christian et Ritti et rapportées plus haut. Quant au détail des altérations en plus ou en moins aux trois périodes, il est fourni par le tableau suivant :

	1re PÉRIODE			2e PÉRIODE			3e PÉRIODE		
			p. 100			p. 100			p. 100
Exagér. simples	134	soit	13,2	35	soit	6,0	7	soit	3,2
— avec pertes.	21	—	2,3	0	—	0,0	0	—	0,0
— avec éjac. retard. .	0	—	0,0	8	—	1.3	6	—	2,7
— avec éjac. précip. .	35	—	3,8	0	—	0,0	0	—	0,0
Affaiblissement.	77	—	8,4	15	—	2.5	0	—	0,0
Impuissance totale.	519	—	58.6	497	—	85,4	203	—	94,1
— av. éjac. possible.	0	—	0,0	14	—	2,4	0	—	0.0
— av. libido s. éjac.	0	—	0,0	14	—	2,4	0	—	0,0
— av. pertes . . .	14	—	1,5	0	—	0,0	0	—	0,0
Normaux.	112	—	12,2	0	—	0,0	0	—	0,0

Ce tableau fournit d'intéressantes indications. Il montre que, dans nos constatations, d'un côté l'impuissance totale, c'est-à-dire sans libido et de l'autre l'exagération simple, c'est-à-dire avec éjaculation normale, ainsi que l'affaiblissement ont été notés en sens inverse, la première augmentant de fréquence et les deux autres au contraire diminuant avec les progrès de la maladie ; même à la phase ultime, les affaiblissements rares déjà par rapport aux abolitions à la première période, disparaissent complètement pour laisser toute la place à celles-ci. Si nous envisageons les diverses anomalies de l'éjaculation que nous avons présentées plus haut comme susceptibles de s'ajouter à l'impuissance et à l'excitation génitale nous voyons que certaines paraissent se montrer à toutes les périodes, d'autres seulement à certaines phases de la maladie. Ainsi les pertes séminales n'ont été notées qu'à la première période, de même l'éjaculation précipitée qui est, elle aussi, une espèce de perte ; le fait de n'avoir trouvé qu'à cette phase ces deux anomalies qui ne sont que deux degrés différents du même trouble, semblent bien indiquer qu'elles

n'existent qu'à ce moment. Il est deux états que nous avons constatés seulement à la seconde période, mais comme nous savons qu'ils existent à la phase prodromique, il est certain que si nous ne les avons pas relevés à la première période, cela tient à une observation incomplète qu'expliquent les difficultés du sujet; ces deux états sont l'impuissance avec libido et possibilité d'éjaculation et l'impuissance avec libido sans celle-ci. On comprend qu'ils ne se montrent pas à la phase ultime où par suite des altérations de la couche centrale psychique le désir ne saurait se manifester sans participation active du centre génital. Par contre l'éjaculation retardée avec excitation vénérienne a été vérifiée par nous à la période prodromique et aux deux dernières périodes; elle est donc de toutes les phases de la maladie. Nous aurions donc en conséquence, si nos constatations étaient exactes : 1° du début à la terminaison : l'exagération simple, l'exagération avec éjaculation retardée, et l'impuissance totale; 2° aux seules périodes prodromique, première et deuxième : l'affaiblissement, l'impuissance avec libido et possibilité d'éjaculation ; 3° aux seules périodes prodromique et première : les pertes séminales, l'éjaculation précipitée et quelquefois l'état normal.

Existe-t-il un rapport entre les altérations en plus et en moins du sens génital et les diverses formes mentales que peut présenter la paralysie générale, formes expansives, dépressives et mixtes, formes démentielles et de rémission, formes calmes ou agitées? Le tableau suivant répond à cette question :

FORMES MENTALES	ÉTAT NORMAL	ALTÉRATIONS EN PLUS	ALTÉRATIONS EN MOINS
	p. 100	p. 100	p. 100
Expansive calme	64 soit 13,2	56 soit 11,7	358 soit 75,1
— agitée	13 — 6,4	35 — 16,0	168 — 77,6
Les deux	77 — 11,1	91 — 13,1	526 — 75,8
Dépressive calme	0 — 0,0	0 — 0,0	63 — 100,0
— agitée	0 — 0,0	0 — 0,0	70 — 100,0
Les deux.	0 — 0,0	0 — 0,0	133 — 100,0
Mixte calme.	7 — 20,0	8 — 20,0	21 — 60,0
— agitée	0 — 0,0	13 — 12,5	98 — 87,5
Les deux.	7 — 4,7	21 — 14,1	119 — 81,2
Démence calme	14 — 3,3	106 — 25,1	302 — 71,6
— agitée	0 — 0,0	0 — 0,0	196 — 100,0
Les deux	14 — 2,2	106 — 17,1	498 — 80,0
Rémission.	14 — 11,8	28 — 23,6	77 — 64,6

Un premier fait intéressant fourni par ce tableau est la fréquence excessive de l'altération en plus et surtout de l'altération en moins du sens génital lors des rémissions ; c'est seulement, en effet, dans 11,8 p. 100 de nos constatations que nous avons trouvé ce sens normal, il s'est donc montré altéré surtout en moins dans l'énorme proportion de 88,2 p. 100, preuve bien probante que la rémission n'est pas la guérison. En second lieu nous voyons que nous n'avons nullement vérifié l'exactitude de l'opinion ayant cours et d'après laquelle l'altération en plus serait particulièrement propre aux formes expansives, opinion due sans doute à l'étalage que font ces malades de leurs excitations génitales ; ce sont en réalité les formes démentielles, dans lesquelles il faut au contraire rechercher ce trouble, si on veut le constater qui nous ont fourni le maximum d'exaltation génésique, et détail curieux, les formes démentielles calmes avec la forte proportion d'un quart d'exagération tandis que le fait n'a jamais été relevé avec les formes démentielles agitées. D'après notre tableau, en effet, il ne serait pas vrai non plus, que l'altération en plus de l'instinct génésique apparaisse surtout dans les phases d'agitation ; nous venons de constater le contraire dans les formes démentielles, nous constatons de même pour les formes mixtes que la proportion de l'altération en plus, dans les périodes de calme, est plus élevée de 7,5 p. 100. C'est seulement dans l'expansive agitée que le sens génital a été plus souvent excité que dans l'expansive calme ; l'opinion ayant cours, due sans doute ici encore à la raison donnée plus haut, ne serait donc fondée que pour cette seule forme mentale. En troisième lieu, à noter l'absence d'excitation génitale dans tous les cas à forme dépressive, que la dépression fût calme ou agitée ; c'est ce fait constant joint à la fréquence plus grande de l'altération en plus avec les expansives agitées qui, certainement, a beaucoup contribué à donner naissance à l'opinion que nous venons de reconnaître en grande partie erronée, de la prédominance de l'excitation du sens génital avec le délire expansif et l'agitation. Il est curieux aussi de relever que si nous avons trouvé dans nos constatations le maximum de l'altération en plus avec les démences calmes (25,1 p. 100), immédiatement après par ordre de fréquence arrivent les rémissions (23,6 p. 100) ; ainsi nos paralytiques généraux qui étaient considérablement améliorés et dans un état simulant

presque une guérison, avaient un appétit sexuel plus souvent violent que dans l'état de délire expansif avec agitation, qui n'occupe même que le quatrième rang par ordre de fréquence, le troisième étant pris par les formes mixtes calmes, et le cinquième et le dernier ex-æquo, à 1 p. 100 près, par les formes expansives calmes et mixtes agitées ; nous avons déjà dit plus haut que dans la démence agitée et toutes les dépressives, le sens génital n'avait jamais été exagéré.

Il est maintenant à remarquer que ces trois formes mentales, démence agitée, dépressive calme et dépressive agitée dans lesquelles l'excitation génitale ne fut jamais observée sont également les trois seules, avec les mixtes agitées, dans lesquelles l'instinct de la reproduction n'a jamais été trouvé normal. Celle qui nous a présenté le maximum de normalité de l'instinct génital fut l'expansive calme (13,2 p. 100) l'emportant même à cet égard sur les rémissions (11,8 p. 100). On voit combien nos constatations confirment peu les idées ayant cours. (*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS.

Idiotie et épilepsie symptomatiques de sclérose tubéreuse ou hypertrophique ;

Par BOURNEVILLE.

Dans le *Compte rendu* de Bicêtre de 1898 (p. 198) nous avons fait suivre la relation d'un cas de *Sclérose tubéreuse* du tableau récapitulatif de tous ceux que nous avions observés à la Salpêtrière et à Bicêtre. Ils sont au nombre de *dix*. Celui que nous allons donner figure sur ce tableau.

SOMMAIRE. — *Père, eczémateux, alcoolique, affaiblissement physique et intellectuel, tremblement mi-alcoolique, mi-saturnin. — Grand-père paternel, excès de boisson. — Grand'mère paternelle, eczémateuse. — Grand-oncle paternel mort d'un ramollissement du cerveau. — Tante et cousin morts de tuberculose. — Oncle eczémateux, al-*

coolique, cancéreux. — Cousin mort de convulsions. — Autre cousin idiot.

Mère, enfant naturelle, céphalalgies. — Demi-tante maternelle paraissant aliénée. — Cousin mort de la poitrine. — Trois autres cousins et deux frères morts de méningite.

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de six ans.

Emotions durant la grossesse, — Accouchement et naissance, rien de particulier. — Signes d'idiotie à l'âge de trois mois. — Séries de convulsions à trois mois : regard plus obscur ; inertie des membres. — A vingt-deux mois, attention, parole, préhension, mastication nulles ; paralysie des membres ; grincement des dents ; accès de cris. — Epilepsie.

Etat du malade en 1898 : idiotie complète ; diplégie et contracture. — Cachexie tuberculeuse progressive ; mort. — Température pendant la maladie et après le décès.

AUTOPSIE. — *Tuberculose pulmonaire. — Ilots de sclérose tubéreuse des deux hémisphères cérébraux; petites tumeurs scléreuses du sillon opto-strié. — Petites tumeurs des reins.*

Grosm... (Henri), né le 9 janvier 1855, est entrée dans le service le 8 août 1898, avec un certificat ainsi conçu : « Idiotie avec convulsions épileptiformes très fréquentes ; nulle manifestation d'intelligence ; privation de langage articulé ; nombreuses malformations ; paraplégie avec contracture des pieds ; gâtisme. » (Dr Garnier).

Antécédents héréditaires (*Renseignements fournis par sa mère*). — *Père,* quarante-deux ans, peintre en voitures, n'a pas eu de coliques de plomb mais il y a huit ans, durant trois mois, un *tremblement* de tout le corps et de la langue ; ni convulsions, ni migraines, ni indices de syphilis ; poussées d'eczéma ; otite double. Fume beaucoup. Nombreux *excès de boisson.* « Il a malheureusement trop bu pour sa santé. » Il est violent surtout quand il a pris de l'absinthe. — [Son *père,* qui exerçait la même profession, est indemne de manifestations saturnines. Il faisait aussi des *excès de boisson.* Il est mort à quatre-vingts ans. — Sa *mère,* soixante-dix-neuf ans, sobre sans accidents nerveux, est eczémateuse. — *Grands-parents paternels* et *maternels,* morts âgés après avoir joui d'une bonne santé. — Un *oncle maternel* serait mort relativement jeune d'un *ramollissement cérébral.* Il avait deux enfants dont l'un a succombé à la *tuberculose.* — Une *sœur* est morte à trente-cinq ans de la même maladie. — Une autre *sœur,* bien portante, a eu un enfant enlevé par des *convulsions.* — Un *frère,* eczémateux, décédé à quarante ans d'un *cancer de la bouche,* commettait de nombreux *excès alcooliques.* L'un de ses enfants est mort à dix-neuf mois : « Il n'avait aucun signe d'intelligence ; il était comme mon enfant. » — Rien à mentionner dans le reste de la famille.]

Mère, trente-cinq ans, blanchisseuse, enfant naturelle, sobre, pas de convulsions, *céphalalgies* frontales n'ayant pas le caractère des migraines; nul indice de syphilis; mariée à vingt et un ans. — (*Père*, aucun détail, ni sur sa famille. — *Mère*, soixante-quinze ans se porte bien; aucune maladie nerveuse. — *Grand-père maternel* mort vieux, on ne sait de quoi. — *Grand'mère maternelle* morte de dysenterie. — Deux *frères* et deux sœurs n'ont rien de particulier. — Un *neveu* est mort de la *poitrine*. — « Ma mère a eu avant moi et d'un autre amant une fille, ma demi-sœur, qui est sujette à des *idées noires* et raconte des choses imaginaires; elle a eu trois enfants morts de *méningite*. » Dans le reste de la famille, ni aliénés ni épileptiques, etc.)

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de six ans (père plus âgé).

Trois *enfants* : Deux sont morts à cinq et seize mois, de *convulsions*, le troisième est le sujet de l'observation.

Antécédents personnels. — La *conception* ne se serait pas opérée pendant l'ivresse alcoolique bien que son mari eût d'habitude des rapports avec elle quand il avait bu. — *Grossesse*: émotion vive occasionnée par la mort de l'un de ses enfants, survenue alors qu'on le croyait mieux. Huit jours plus tard, douleurs dans le bas-ventre, disparues par le repos au lit. Deux semaines après, elle a été effrayée par les cris d'une femme qui avait une attaque : « Je n'ai pas perdu connaissance, mais je me suis senti mal dans le ventre et dans les reins. J'ai tremblé tout le reste de la journée et dans la nuit, je m'imaginais toujours entendre les cris de cette femme. » Le lendemain, indigestion. Le reste de la grossesse s'est très bien passé.

Accouchement à terme, naturel, en deux heures; présentation du sommet; liquide amniotique en petite quantité, mais beaucoup de sang, « ce qui effrayait la sage-femme ».

A la naissance, pas d'asphyxie, l'enfant n'était « pas bien gros mais paraissait vivace ». — Elevé au sein de sa mère jusqu'à trois mois : « Il venait tant bien que mal, parce que je fatiguais beaucoup et étais mal nourrie. Il ne différait pas des autres enfants physiquement, mais déjà, il ne me semblait pas naturel : son regard ne se fixait pas, on aurait même dit qu'il n'entendait pas; cependant quand un objet tombait auprès de lui, il tressautait et c'est par là qu'on s'apercevait qu'il entendait. Sa tête tombait de côté. Il ne souriait point. »

A trois mois l'enfant a été pris de convulsions. Les membres étaient affectés également des deux côtés. « La face était blanche ne se défaisait pas beaucoup; les yeux remuaient et se portaient en haut. » Pas de ronflement. Durée, environ cinq minutes. Le même jour il a eu trois crises dans la matinée et cinq dans la soirée. Pendant quelques jours, il a eu quotidiennement plusieurs

convulsions semblables. Il a eu ensuite une rémission d'une ou deux semaines. On a alors remarqué que les yeux étaient brouillés comme s'il ne voyait pas clair. Les membres, qui, auparavant, remuaient naturellement et également étaient devenus inertes. Pendant deux autres mois il aurait eu également des convulsions: les membres étaient raides, le corps tressautait.

Il a été envoyé à la campagne à sept mois et nourri au biberon avec du lait de vache. Quand il a été repris par ses parents, à vingt-deux mois, « il était gros et constipé comme il l'avait toujours été les jambes se croisaient et se fléchissaient quand on voulait le mettre debout. Sa nourrice, qui en avait eu bien soin, avait essayé de le faire marcher sans y réussir ». Il n'a jamais pu tenir les objets dans ses mains, il essayait de les porter à sa bouche sans pouvoir y parvenir. — Jamais on n'a pu fixer son regard. Peu de temps avant l'entrée les jambes commençaient à se fléchir sur les cuisses et les genoux à devenir raides : « La nuit, dit sa mère, j'étais obligée de me lever pour lui allonger les jambes. Les pieds ont commencé à se dévier à sept ans. »

Les *accès* venaient par séries durant plusieurs jours, puis il y avait des arrêts de deux mois : le corps devenait raide, le cou était tendu, les yeux se portaient en haut; venaient ensuite des secousses cloniques, égales, enfin un peu d'écume et un léger ronflement Ils duraient deux à quatre minutes, et parfois ils étaient suivis de sommeil. Dans les derniers temps de son séjour à la maison, les accès étaient moins forts. Point de vertiges ni de secousses.

Jamais Gro... n'a donné de signes d'intelligence ni parlé. Il restait toujours couché, car, assis il tombait. — Onanisme constaté peu après son retour de nourrice avec ses mains; il a continué jusqu'à l'admission. Sa mère lui attachait les bras.

Préhension et mastication nulles : la langue se mouvait mal, grincements fréquents des dents, la nuit aussi bien que le jour. Pas de vomissements, constipation habituelle, gâtisme. Oxyures vers douze ans.

Aucune maladie infectieuse, ni accidents scrofuleux, sauf un peu d'impétigo du cuir chevelu, ni traumatisme.

Le sommeil était court et léger. Parfois l'enfant avait la nuit, et aussi le jour, « des *accès de cris* énervants, qui semblait le faire souffrir, comme si quelque chose le rongeait (?) ». Ces accès duraient d'une à deux heures.

Etat actuel (avril 1898). — La physionomie n'exprime aucune intelligence, mais dénote un état maladif.

Tête un peu carrée, assez développée, symétrique; les bosses sont peu proéminentes. — *Visage* aplati. *Front* bas, à peine bombé. Arcades sourcilières peu saillantes. Aucune lésion des yeux. Iris bruns, réagissant bien à la lumière. — *Nez* droit. Odorat très obtus, Pommettes assez saillantes, régulières. Bouche petite, lèvre

inférieure pendante, menton peu volumineux. Oreilles assez grandes ourlet très accentué, lobule adhérent. L'enfant entend le bruit qui se fait autour de lui *mais ne s'en occupe pas*. Il tressaille légèrement lorsqu'on l'appelle ou qu'on hausse la voix.

Le maxillaire supérieur offre une légère atrésie, l'inférieur est normal. L'évolution de la dentition est très retardée, l'enfant n'ayant encore que quatre incisives permanentes à la mâchoire inférieure et trois à la mâchoire supérieure, l'incisive centrale droite manquant. Les molaires, encore temporaires, sont dans un état complet de destruction. Gr... grince souvent des dents.

Cou gros et court. — *Thorax* un peu aplati. Rien à l'auscultation des poumons et du cœur. — *Abdomen* normal. — Corps et pénil glabres. Gland recouvert par le prépuce, non découvrable (*phimosis*). Testicules petits, égaux. Longueur de la verge, 5 centimètres; circonférence 4 cent. 1/2.

Les *bras* sont paralysés, longs et très maigres. Les avant-bras sont fléchis sur les bras. Paralysie et contracture prédominant à gauche. La *préhension* est nulle.

Les *membres inférieurs* sont incapables de tout mouvement. Les cuisses sont fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses, les pieds sur les jambes. Le gauche est, de plus, en adduction forcée. L'enfant, ne pouvant se tenir assis, reste au lit.

L'appétit est médiocre; la mastication ne se fait pas, aussi l'enfant ne prend-il que des panades ou des aliments liquides qu'on est obligé de lui donner par petites cuillerées. Pas de vomissements, ni de rumination. Constipation très prononcée, il ne va à la selle que par des lavements et des purgatifs. Gâtisme. Souvent la face est très congestionnée, d'autres fois très pâle et alors les yeux sont cernés, enfoncés, et l'enfant semble souffrir. La sensibilité générale est très obtuse. Gr... est peu sensible au froid. Aucune attention, il ne connaît personne, ne pleure et ne sourit jamais.

Le *sommeil* est très agité, court, l'enfant ne dort qu'une petite partie de la nuit. Quand il se réveille, il s'amuse avec ses doigts qu'il agite, en poussant un léger grognement, tout près des yeux; remue sa tête de droite et de gauche. *Onanisme* très fréquent : l'enfant porte la main gauche à la verge qu'il saisit entre le pouce et l'index. Pour s'y opposer, on place ses bras sur sa couverture et on enveloppe le tronc dans une alèze. Les mouvements sont limités à ce que nous venons de dire.

1er *avril*. — État général mauvais. Amaigrissement. Escarres aux fesses et le long de la colonne vertébrale.

8. — Symptômes de bronchite. T. R. 38°.

14. — Bronchite légère qui n'explique pas l'élévation de la température (39°), due plutôt, probablement, à une infection ayant les escarres pour origine.

20-26. — Aggravation des symptômes généraux. Signes de tuberculose pulmonaire. — Mort le 5 mai.

Du 6 au 11 avril (matin), la température a oscillé de 37° à 38°; du 11 avril (soir) au 21, de 38°,2 à 39°,2; elle est descendue à 37°,8 et 38° les 21, 22 avril, puis elle a oscillé autour de 39° du 23 avril au 2 mai. Alors elle est descendue progressivement le 3 et le 4 mai à 35°,8. Après le décès (5 mai) elle était de 38°,5 et a eu enfin la marche suivante :

Un quart d'heure après la mort	38°
Une heure après la mort.	37°
Deux heures après la mort.	36°,5
Trois heures après la mort.	35°
Cinq heures après la mort	20°
Sept heures après la mort	18°
Neuf heures après la mort.	15°

La température de la chambre était de 15°. Ce cas montre une fois de plus l'importance de la thermométrie pour s'assurer de la *réalité de la mort*. On a noté 4 accès d'*épilepsie* en avril et un en septembre 1898, un en janvier 1899.

Autopsie *pratiquée vingt-huit heures après le décès*. — Le *corps* est excessivement maigre ainsi que le montre d'ailleurs le poids après décès (11 kilog.). Les cuisses sont fortement fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses. Escarre de 3 centimètres de diamètre au niveau de la rotule gauche, de 5 centimètres sur les ischions qui sont à nu; de 8 centimètres sur 5 au niveau du sacrum dénudé.

Tête. — Le *cuir chevelu* est très maigre; la région occipitale est dépourvue de cheveux, ce qui est dû à la manie qu'avait l'enfant de se frotter sans cesse la tête contre son oreiller. Le *crâne*, peu épais et peu dur, offre plusieurs plaques transparentes. Les sutures pariéto-occipitales sont dessinées par une traînée rouge. Elles présentent plusieurs os wormiens de 10 à 12 millimètres sur 5 ou 6, à droite et un à gauche de 3 à 4 centimètres en longueur et en largeur. Les autres sutures sont un peu moins sinueuses que les précédentes.

La *dure-mère* est légèrement épaissie au voisinage de la faux. L'*apophyse crista-galli* est triangulaire, mince. — La *glande pituitaire* est petite. Les différentes cavités de la *base du crâne* sont symétriques. Le *trou occipital* est normal. La *veine méningée moyenne* est distendue par un caillot. Le *sinus latéral droit* est rempli de sang noir coagulé ainsi que le *sinus longitudinal* dans les quatre cinquièmes de sa longueur.

La *pie-mère* de la face inférieure de l'encéphale est moyennement vascularisée. Elle est très œdémateuse sur la face convexe de l'hémisphère cérébral droit, surtout au niveau de la scissure de Sylvius. La veine qui la longe est distendue par un caillot noir.

Sur la face externe de l'hémisphère gauche, plaques laiteuses le long de la scissure de Sylvius, vascularisation assez prononcée sur les deux tiers antérieurs.

Les *artères* de la base sont symétriques, sauf les communiquantes postérieures, la droite étant environ trois fois plus volumineuse que la gauche qui est filiforme. — Les *nerfs*, les *tubercules mamillaires*, les *pédoncules cérébraux*, etc., sont égaux. — La *glande pinéale* a son aspect et son volume normaux. — La *protubérance*, le *bulbe* et le *cervelet* n'ont rien de particulier.

Cerveau. — HÉMISPHÈRE DROIT. — *Face convexe* (PL. I). — Les *deuxième* et *troisième circonvolutions frontales* sont remplacées par quatre volumineux *îlots de sclérose tubéreuse.* La partie moyenne de F^1 est également remplacée par *deux grosses masses tubéreuses* qui se prolongent, aussi volumineuses, sur sa face interne. Ce qui reste de F^1, F^2 et F^3 en arrière de ces îlots est très grêle. — La FA est médiocrement développée. La PA est remplacée dans ses deux cinquièmes supérieurs par un îlot scléreux. — On trouve encore un îlot sur la partie inférieure de P^1, un sur PC, deux sur LO et un vers la circonvolution postérieure de T^1, caché dans le sillon marginal inférieur, enfin un autre à la partie postérieure de T^3.

Face interne (PL. II). — Notons un îlot sur F^1 à deux centimètres de son origine, puis les deux autres gros îlots précédemment signalés sur cette face ; ils sont séparés par un petit pli de passage de la circonvolution du corps calleux qui est très grêle ; — un autre îlot sur la partie postérieure de LQ, un sur le coin, un autre au fond de la *scissure frontale interne.* — Le *lobule paracentral* et la *circonvolution de l'hippocampe* sont assez réguliers, sans îlots scléreux. — Les autres circonvolutions sont arrêtées dans leur développement.

Le ventricule latéral n'est pas dilaté. Le long du sillon opto-strié, il existe plusieurs *nodosités scléreuses.* La *couche optique*, le *corps strié*, la *corne d'Ammon* et le *ventricule* lui-même n'offrent aucune lésion. Le *lobule* de l'*insula* avec ses trois digitations paraît sain.

HÉMISPHÈRE GAUCHE. — *Face convexe* (PL. III). — Il existe sur le lobe frontal *huit îlots tubéreux* qui forment une sorte de chaîne allant de l'extrémité antérieure de F^1 jusqu'à l'extrémité inférieure de FA ; leur configuration est très variable : masses triangulaires ou semi-ovoïdes. Tous ont une dépression à peu près centrale. On trouve encore un autre îlot sur la partie postérieure de F^2. Ce qui reste des circonvolutions frontales, à peine le quart, est grêle. Les *circonvolutions frontale* (FA) et *pariétale ascendantes* (PA) sont petites, surtout la dernière qui est très effilée dans son quart supérieur. — La photographie n'en donne pas une idée exacte. — P^1, P^2, PC et LO sont composés de circonvolutions irrégulières et offrant des sillons superficiels. — Un îlot sur LO et trois autres

sur P^2. La PLANCHE III permet de se rendre compte d'une façon très nette de la répartition des ilots de sclérose, de la forme des circonvolutions et un peu des sillons superficiels qu'elles présentent. — T^1 envoie un pli de passage au fond du lobule de l'insula qui, lui, a trois digitations dont les deux premières sont bifurquées.

Face interne. — Aucun ilot scléreux, mais on retrouve la traînée habituelle de petites tumeurs blanches et dures, sur le sillon qui sépare la couche optique du corps strié ; elle envahit la partie antérieure du corps strié. Sur cette face, comme sur la face convexe, les circonvolutions sont découpées en forme de pavés irréguliers, surtout F^1 et LO. (PL. IV).

Face inférieure. — Un ilot sur l'extrémité du gyrus rectus et deux sur T^3. — Des deux côtés le *ventricule*, la *couche optique*, le *corps strié*, la *corne d'Ammon*, le *corps calleux* n'offrent rien de particulier.

Sur cet hémisphère il n'y a pas de lésions de *méningo-encéphalite*, tandis qu'il en existe, à droite, disséminées çà et là et principalement sur ce qui reste de F^1, F^2, F^3 et sur la moitié postérieure de T^1 et T^2.

Cou. — Aucune trace du *thymus*. — *Corps thyroïde*, *larynx*, rien.

Thorax. — Pas d'adhérences des plèvres. — *Poumon droit* volumineux ; le lobe supérieur est farci de *tubercules* ; le lobe moyen présente une vaste caverne, l'inférieur est fortement congestionné. — Le *poumon gauche* n'offre aucune lésion tuberculeuse. — *Cœur.* Le péricarde est sain. L'oreillette droite est remplie de caillots cruoriques. Le trou de Botal est oblitéré. Pas de lésions des orifices.

Abdomen. — *Estomac*, *intestins*, *pancréas*, rien. — *Foie* volumineux, ayant un certain degré de dégénérescence graisseuse. *Vésicule biliaire*, rien. *Rate* grosse et dure. — Le *rein* gauche se décortique facilement ; on trouve à sa surface et sur des coupes de nombreuses petites *tumeurs blanches*, ressemblant à des ilots de sclérose (?). — Le *rein gauche* est le siège des mêmes lésions. De plus, il y a vers son extrémité supérieure une tuméfaction de la dimension d'une noisette, dont le centre est occupé par un kyste à contenu citrin. — La *vessie* est normale. — Les *testicules*, de la dimension d'une petite amande, sont situés sur le trajet du canal inguinal. Phimosis ; méat régulier.

Les *muscles*, examinés dans plusieurs régions sont pâles et comme lavés.

Poids des organes.

Cerveau	825 gr.
Hémisphère cérébral droit.	395 —
— — gauche.	430 —
— cérébelleux droit.	55 —
— — gauche.	45 —

Bulbe et protubérance	15 gr.
Moelle épinière	35 —
Corps thyroïde	6 —
Cœur	65 —
Poumon droit	235 —
— gauche	100 —
Foie	560 —
Rate	60 —
Rein droit	75 —
— gauche	65 —
Pancréas,	28 —

Réflexions. — I. Le *père* de notre malade est alcoolique et sujet à un tremblement qui peut être occasionné par sa profession (peintre en voiture) et surtout par ses excès de boisson. — Son *grand-père paternel* était également *alcoolique*. — Un *grand-oncle* a succombé à un *ramollissement cérébral*. — Un *oncle, alcoolique*, est mort d'un *cancer de la bouche*. — Un *cousin* est mort de *convulsions ;* un autre était *idiot*. Plusieurs membres de la famille du père, et lui-même, étaient eczémateux ; quelques-uns sont morts de *tuberculose*.

La *mère* étant *enfant naturelle*, nous n'avons aucun renseignement sur son père et sa famille. Un cousin *maternel* est mort de *tuberculose* ; une demi-tante *maternelle* paraît *aliénée* et ses trois enfants seraient morts de *méningite*.

II. Bien que le père fût alcoolique et eût souvent des rapports sexuels étant en ivresse, on ne croit pas que la *conception* ait eu lieu dans cet état. La *grossesse* a été accidentée par deux émotions assez sérieuses et assez prolongées. Dès les premiers temps de la vie, l'enfant ne semblait pas naturel ; à trois mois il eut des *convulsions* qui se répétèrent quotidiennement pendant plusieurs jours et furent suivies de *paralysie* des membres, compliquée ultérieurement de *contracture*. La *sclérose tubéreuse* existait-elle à la naissance ou a-t-elle été produite par les convulsions, nous n'osons nous prononcer, tout en inclinant vers la première hypothèse.

III. L'*idiotie* était complète : Physionomie sans expression, indifférence au bruit, infixité du regard, absence d'attention, parole nulle, aucune connaissance des personnes, ni pleurs ni rires ; — paralysie avec contracture des quatre membres, partant marche impossible, mouvements des mains très limités ; — gâtisme. Jusqu'ici nous n'avons pu distinguer les

symptômes cliniques qui permettent de distinguer l'idiotie symptomatique de la sclérose tubéreuse.

Certains symptômes : grincements de dents, accès de cris, congestion et pâleur alternatives de la face, constipation, etc., étaient sans doute dus à l'existence des *lésions méningitiques chroniques* qui étaient du reste bien moins prononcées chez Gr... que nous ne l'avons vu dans d'autres cas.

IV. Les *accès épileptiformes* ont été très rares durant le séjour de l'enfant à Bicêtre et, malheureusement, nous n'avons pu en avoir la description.

V. L'enfant a succombé à la *tuberculose* ce qu'explique surabondamment ses antécédents familiaux.

VI. Au point de vue de l'anatomie pathologique, de la distribution des ilots de sclérose, de leurs caractères, les renseignements donnés à l'autopsie, les Planches qui accompagnent l'observation, nous dispensent d'insister davantage. Notons pour mémoire, les traînées de nodosités scléreuses des ventricules latéraux et les petits néoplasmes des reins, lésions qui sont constantes.

EXPLICATION DES PLANCHES

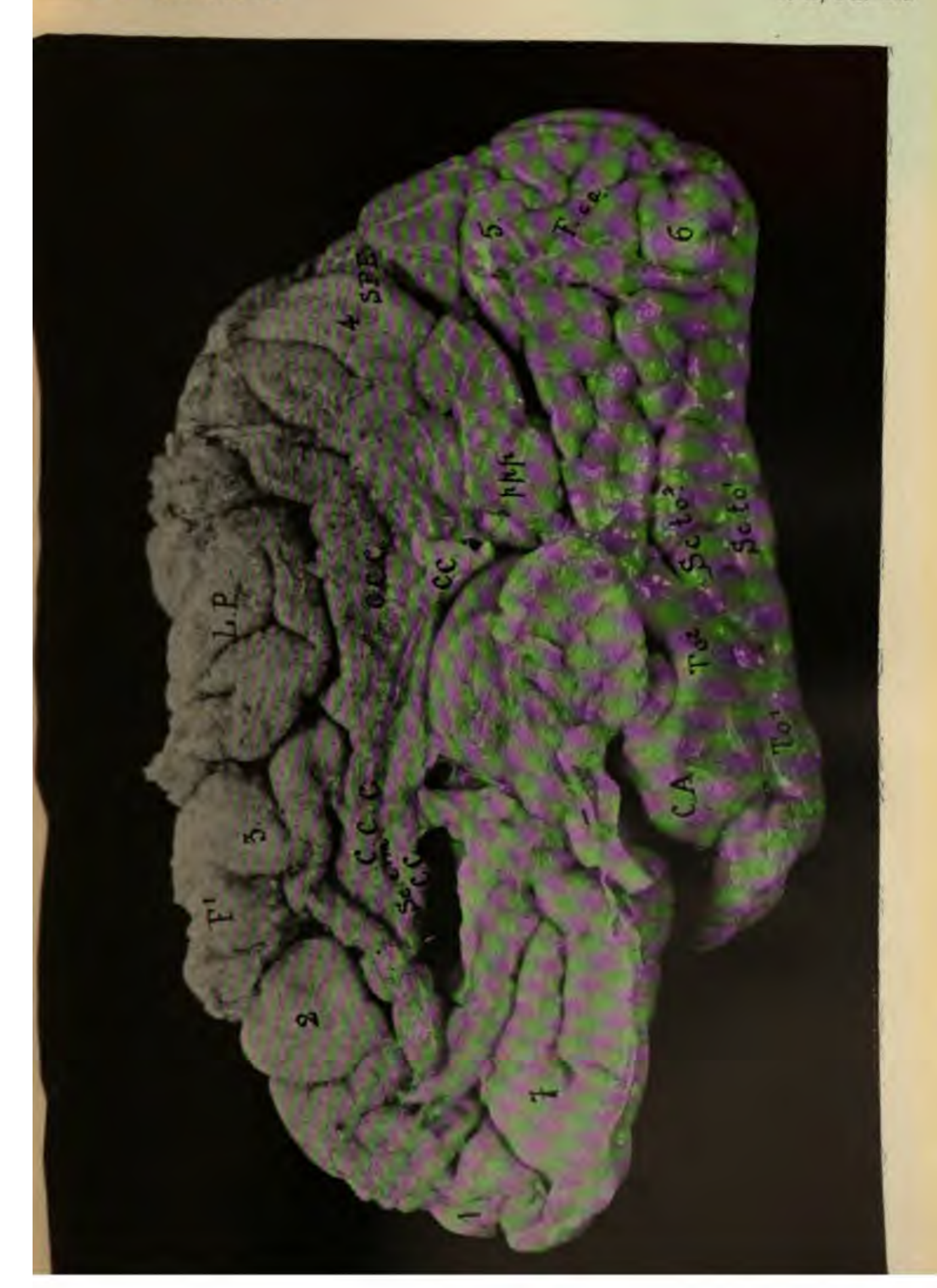
Planche I.

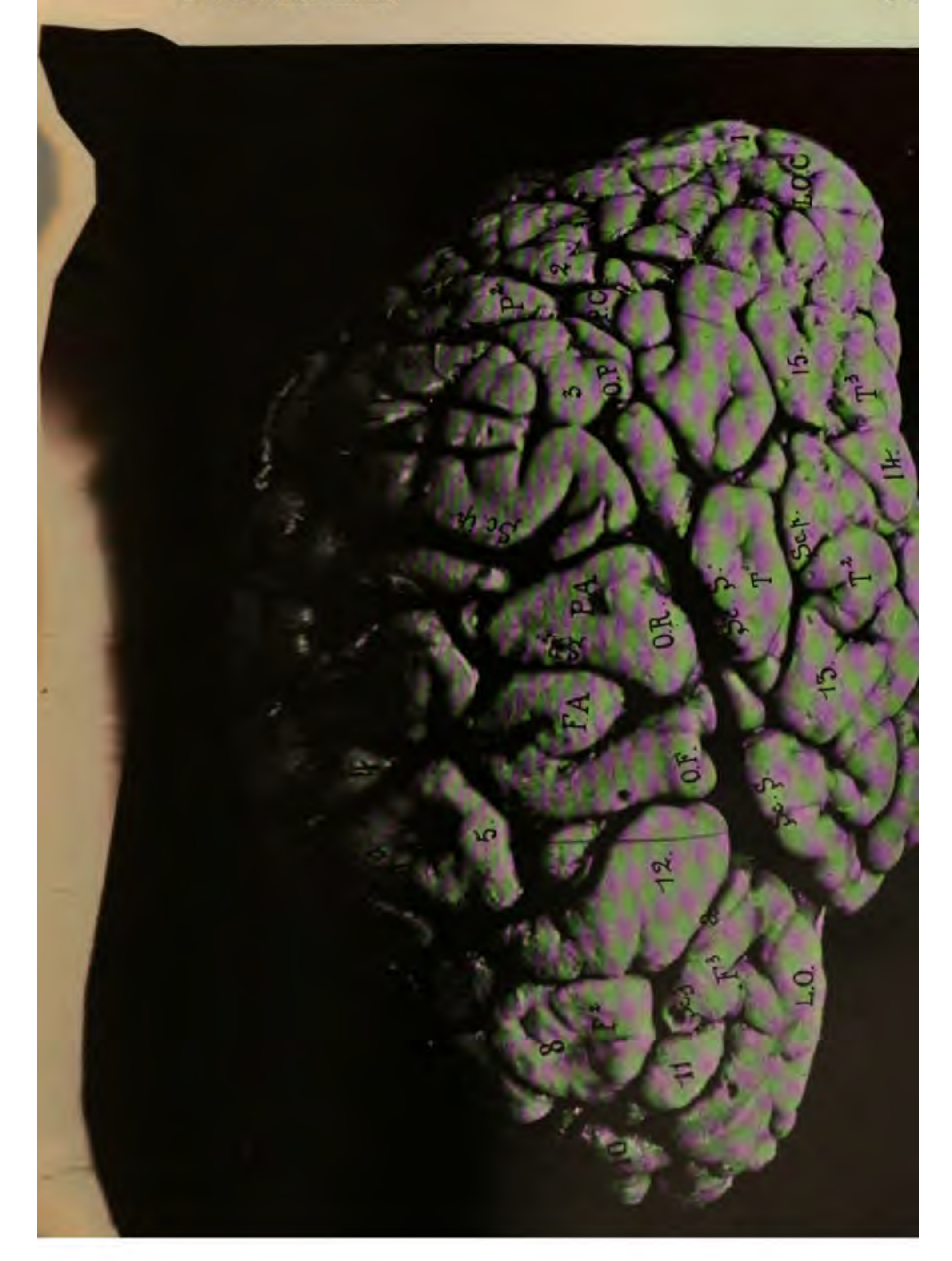
Face externe ou convexe de l'hémisphère droit.

S. R., sillon de Rolando.
F^1, F^2, F^3., 1er, 2e, 3e circonvolutions frontales.
F. A., circonvolution frontale ascendante.
P. A., circonvolution pariétale ascendante.
P^1., pli pariétal supérieur.
P^2., pli pariétal inférieur.
P. C., pli courbe.
Sc. f. s. Scissure frontale supérieure.
Sc. f. i., Scissure frontale inférieure.
Sc. p. f., Scissure parallèle frontale.
Sc. ip., Scissure interpariétale.
L. O., Lobule orbitaire.
L. O. C., Lobule occipital.


FO
PA
FA
SR
LO.
LI.




L.P.
C.C.C.
CC
C.A.
1
2
3
4
5
6


L.O.C
P²
2
P.C
O.P
3
15.
T³
14.
Sc.p.
T²
T¹
Sc.S.
FA
PA
O.R.
OF.
5.
12.
15.
F³
F²
8
11
L.O.

Sc. S., Scissure de Sylvius.
Op. F., Opercule frontal.
Op. R., Opercule Rolandique.
Op. P., Opercule pariétal.
S. P. E., Scissure perpendiculaire externe.
L. I., Lobule de l'insula.
Sc. p. Scissure parallèle.
T^1, T^2, T^3, 1re, 2e, 3e circonvolutions temporales.
Les chiffres 1, 2, 3, 4, 5, etc., indiquent les *ilots de sclérose tubéreuse*.

PLANCHE II.

Face interne de l'hémisphère droit.

S. R., sillon de Rolando.
Sc. cm., scissure calloso-marginale.
F. ca., fissure calcarine.
Sc. to^1., 1re scissure temporo-occipitale.
Sc. to^2., 2e scissure temporo-occipitale.
F^1., 1re circonvolution frontale interne.
C. C. C., circonvolution du corps calleux.
C. C., Corps calleux.
L. P., lobule paracentral.
L. Q., lobule quadrilatère ou avant-coin.
V., ventricule.
C., Coin.
To^1, To^2, 1re et 2e circonvolutions temporo-occipitales.
T^4., 4e circonvolution temporale.
p.p. a., pli pariéto-limbique antérieur.
p.f. l., pli fronto-limbique.
p.p.p., pli pariéto-limbique postérieur.
C. H., circonvolution de l'hippocampe.
G. R., gyrus rectus.
Les chiffres 1, 2, etc., indiquent les *ilots de sclérose tubéreuse.*

PLANCHE III.

Face externe ou convexe de l'hémisphère gauche.

Les *chiffres* et les *lettres* ont la même signification que ceux de la PLANCHE I.

PLANCHE IV.

Face interne de l'hémisphère gauche.

Les *chiffres* et les *lettres* ont la même signification que ceux de la PLANCHE II.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

I. Paralysie générale chez l'enfant; par J. Thomson et Welsh. (*British medical Journal*, avril 1899.)

C'est une observation de fillette de onze ans atteinte de paralysie générale précoce et morte six années après, avec autopsie complète confirmative. Les antécédents héréditaires démontrent l'hérédosyphilis. Calcul volumineux trouvé dans la vessie qui fait le sujet d'une figure. A. M.

II. Un cas de torticolis mental; par E. Noguès et J. Sirol. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1899.)

Le torticolis mental est-il un syndrome de dégénérescence toujours accompagné d'un cortège plus ou moins long de stigmates, — comme le soutient Bompaire, — ou bien cette affection existerait-elle en dehors de la tare dégénérative, comme paraît l'admettre Féré ? Le cas des auteurs, accompagné de bégaiement héréditaire, vient confirmer la première opinion à savoir « que le torticolis mental est un tic spasmodique et, comme tous les tics, a une origine mentale et se développe souvent, sinon toujours, chez les dégénérés. » R. C.

III. Remarques sur le terme « faiblesse d'esprit », avec quelques observations sur la nécessité d'une nomenclature précise applicable aux cas de défectuosité mentale congénitale qui ne peuvent être désignés dans un certificat ni comme imbéciles ni comme aliénés. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1898.)

L'auteur constate que la qualification de « faible d'esprit » est ambiguë et, de plus, déroutante par la largeur même de sa signification. Tous les fous sont des faibles d'esprit, les idiots et les imbéciles aussi, sans compter pas mal de gens qui circulent de par le monde et qui, sans être fous ni idiots, ont parfaitement droit à cette qualification.

On en rencontre dans les prisons, de ces simples d'esprit que les conséquences légales d'actes d'ailleurs délictueux, assimilent à des sujets réellement pervers. Et parmi les avantages des dénominations plus exactes que réclame l'auteur, sans en proposer, ce ne serait pas le moindre de mettre les magistrats, mieux édifiés sur

les choses par des mots meilleurs, en état d'accepter plus aisément et aussi plus équitablement certaines limitations de responsabilité.

R. MUSGRAVE CLAY.

IV. Manie aiguë chez un jeune garçon; par M. B. RAY. (*The Journal of Mental Science*, avril 1898.)

Ce cas, qui s'est terminé par la guérison, est surtout intéressant par l'âge du malade (15 ans); on n'est guère habitué à observer la folie aiguë à cet âge. Il est difficile d'autre part de voir là un cas de folie de la puberté, car le malade ne présentait aucun des signes de cet état de transition; il faut donc admettre qu'on se trouve bien en présence d'un cas de folie aiguë chez un très jeune sujet[1]. R. M. C.

V. Chorée maniaque chez un adolescent; par Thomas-Philip COWEN. (*The Journal of Mental Science*, avril 1897.)

L'auteur relève lui-même les points les plus intéressants de cette observation, qui sont les suivants : 1° La maladie est survenue chez un adolescent du sexe masculin; 2° un intervalle de temps considérable s'est écoulé entre l'apparition du désordre mental et celle de la chorée; 3° la chorée a été aiguë, mais en restant toujours apyrétique; 4° l'excitation mentale se calmait à mesure que les mouvements choréiques augmentaient d'intensité; 5° après la cessation de l'orage moteur il est resté une apathie un peu hébétée due à l'épuisement des centres nerveux; 6° La rapidité de la guérison est remarquable, car elle s'est effectuée en un mois à partir de la cessation des mouvements choréiques. R. M. C.

VI. Note sur l'influence de l'alcoolisme maternel sur la progéniture; par W.-C. SULLIVAN. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1899.)

Ce mémoire, basé sur 12 observations, a pour objet de traiter quelques points du rôle de l'alcoolisme maternel considéré comme agent de dégénérescence de la race. Il se termine par les conclusions suivantes :

1° L'alcoolisme maternel est une condition particulièrement défavorable à la vitalité et au développement normal de la progéniture. Sa gravité à cet égard est considérablement supérieure à celle de l'alcoolisme paternel; 2° son influence, telle que nous pouvons la mesurer par le taux de la mortalité des enfants nés dans

[1] Les cas de folie chez les enfants ne sont pas rares ainsi qu'on peut le voir en parcourant les *Comptes rendus* publiés chaque année sur notre service de Bicêtre. (B.)

ces conditions, paraît s'exercer par une voie qui, dans une large mesure, est indirecte, celle de la détérioration du milieu ; mais une grande part de cette influence est due aussi à l'action primitive et directe du poison. La réalité de ce dernier mode d'action est démontrée par la tendance aux accouchements de morts-nés, par la grande fréquence de l'épilepsie chez les enfants qui survivent, par les causes les plus communes de la mort, enfin par les effets qui résultent des modifications de l'intoxication; 3° cette influence primitive de l'alcool est due pour une part aux effets permanents du poison sur l'organisme maternel, effets qui provoquent un état transmissible de dégénérescence, et pour une autre part à l'action directe sur l'embryon, ou le nourrisson par suite des excès continués de la mère pendant la grossesse et l'allaitement; 4° le premier de ces modes d'action directe est, de sa nature, permanent avec tendance à s'accroître. Le second, bien que son influence tende aussi à être constante et constamment croissante, est néanmoins capable d'augmentation ou de diminution temporaires; 5° pour l'action combinée de ces diverses modalités d'influence, la famille à maternité alcoolique tend normalement vers un type absolument inverse de celui de la famille syphilitique, c'est-à-dire que, dans la première, ce sont les premiers enfants qui sont normaux, puis il en vient d'autres qui sont plus ou moins défectueux mais qui vivent au delà de la première enfance, puis d'autres qui meurent dans la première enfance, puis des mort-nés, et enfin il n'y a plus que des avortements; 6° les faits qui s'écartent de ce type sont probablement dus, dans beaucoup de cas, à des oscillations dans l'intensité du second mode d'influence; c'est ce que l'on observe par exemple lorsque la mort des premiers-nés dans leur toute première enfance est le résultat d'une conception qui s'est accomplie pendant l'ivresse et lorsque les enfants nés plus tard survivent la mère ayant été en prison pendant une partie de sa grossesse [1]. R. M. C.

VII. **Un cas de paralysie générale juvénile**; par A. Helen Boyle. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1899.)

Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans chez laquelle on diagnostique à son entrée à l'asile, malgré son âge, une paralysie générale, diagnostic que l'autopsie confirma.

Les points les plus remarquables de cette observation sont d'abord l'âge de la malade, chez laquelle l'affection mentale paraît avoir débuté vers 14 ans. Ensuite on note l'obscurité de l'étiologie : la phtisie, notée dans les antécédents, a peut-être joué un rôle,

[1] Voir sur cette question les 20 volumes de nos *Comptes rendus* de Bicêtre et dont la plupart ont été analysés dans le *Journ. of ment. Science*. (B.).

ou plutôt la syphilis congénitale, qui toutefois reste douteuse. Un autre point intéressant est la relation qui existait entre l'incontinence de l'urine et des matières fécales et les attaques, les habitudes de la malade devenant plus propres pendant les mois où elle avait des attaques. Enfin le quatrième point à signaler, c'est la connexion étroite qui paraît avoir existé entre la paralysie générale et la puberté. Les phénomènes de la paralysie générale en effet ont fait leur apparition à l'époque ordinaire où auraient dû se montrer les règles. Celles-ci ont été précédées d'une attaque convulsive intense. R. de Musgrave Clay.

VIII. **La pseudo-paralysie générale arthritique**; par M. Klippel. (*Revue de Psychiatrie*, t. III, nº 12.)

A l'occasion d'une nouvelle observation typique, M. Klippel complète ici son étude antérieure (*Revue de méd.*) de la pseudo-paralysie générale arthritique par dégénérescences athéromateuses diffuses des capillaires et des cellules de l'écorce cérébrale. Cette affection se distingue essentiellement comme maladie de la paralysie générale inflammatoire (vraie); mais plus qu'aucune autre, elle lui est analogue comme symptômes. Il est vrai que l'athéromasie peut dans certains cas coïncider avec la paralysie générale vraie qui dans ces faits s'est greffée sur l'athéromasie à titre d'infection secondaire. Mais l'athéromasie des artérioles intracorticales et les dégénérescences diffuses des éléments nobles qui l'accompagnent peuvent, *à elles seules, créer le syndrome paralytique.* Cette athéromasie n'est d'ailleurs pas localisée à l'écorce cérébrale; elle se montre ailleurs sur l'ensemble du système artériel (aorte, reins). Il faut même chercher en dehors du cerveau les éléments d'un diagnostic différentiel. Si parfois le tableau clinique est identique à celui de la paralysie générale, il peut aussi se présenter quelques différences symptomatiques (parésies plus accusées après les ictus, délire moins fréquent, moins prononcé, démence plus accusée; délire auto-toxique, au lieu que dans la paralysie générale il est plutôt auto-infectieux). La coexistence fréquente d'autres manifestations arthritiques (diabète, urémie, lithiase) est encore à noter avec la fréquence moindre des manifestations fébriles, des eschares et des troubles trophiques. Enfin les attaques apoplectiformes de la fin relèvent d'une cause différente (hémorrhagies).

Enfin les lésions corticales macroscopiques et histologiques, en dehors de leur diffusion n'ont pas le moindre rapport avec celles de la paralysie générale et impliquent un processus morbide essentiellement différent.

Le malade est un homme de trente-neuf ans ayant eu une syphilis peu intense en 1891; vers 1895, ictus légers nocturnes

suivis d'affaiblissement musculaire généralisé et progressif; troubles de la parole caractéristiques de la paralysie générale, tremblement de la langue, inégalité pupillaire. Affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, accès délirants, démence. Mort à quarante-trois ans par ictus apoplectiforme, (hémorrhagie méningée). A l'autopsie : athéromasie aortique, athérome des artères périphériques, des rénales (le malade avait de l'albuminurie) ; athérome des artères cérébrales et piemériennes. *Pas la moindre lésion d'encéphalite inflammatoire*, ni adhérences ni opacités des méninges. Dégénérescence des artérioles et des éléments nerveux *sans traces de diapédèse*. Examen et ensemencements bactériologiques négatifs. F. Boissier.

IX. **La folie chez les enfants**; par Fletcher Beach. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1898.)

Ce n'est guère qu'au commencement de ce siècle que les auteurs ont accordé quelque attention à la folie des enfants. Les causes qui la déterminent sont nombreuses : la première et la plus importante est l'hérédité ; l'imitation joue aussi un rôle parfois très fâcheux ; on peut signaler aussi les émotions et la frayeur, l'excès de travail intellectuel, la puberté dont l'influence est très connue, la masturbation, l'intoxication alcoolique dont Magnan a cité des exemples, enfin certaines affections aiguës (méningite, scarlatine, fièvre typhoïde). Quant à l'âge, Berkham a fait une statistique portant sur 47 malades qui montre le maximum de fréquence entre dix et douze ans ; sur ce même nombre il y avait 29 garçons et 14 filles (pour les autres le *sexe* n'était pas indiqué) et sur 13 cas observés par l'auteur on comptait 8 garcons et 5 filles.

Toutes les formes de psychoses peuvent se rencontrer chez les enfants, la démence (quelquefois liée à l'hérédité syphilique) la monomanie, l'érotomanie, la nymphomanie et le satyriasis, la manie homicide, la mélancolie, la manie, la choréomanie, la folie morale, l'hystérie. Kelp a même rapporté un cas de folie circulaire chez un garçon de treize ans. Le suicide n'est pas exceptionnel, et devient même de plus en plus fréquent (en France 482 suicides d'enfants en seize ans ; en Russie, 57 en dix ans; l'auteur ne connaît pas la statistique anglaise à cet égard.) M. Wiglesworth a décrit il y a peu de temps deux cas de maladies cérébrales à forme de dégénérescence observés chez des enfants et ressemblant beaucoup à la paralysie générale. Ce mémoire se termine par quelques considérations sur le diagnostic, le pronostic, le traitement et la prophylaxie. (On trouvera dans les 20 volumes des *Comptes rendus* du service des enfants de Bicêtre de nombreux exemples des différentes formes de la folie chez les enfants et les adolescents. Il y a là une véritable mine à exploiter.) R. M. C.

X. **Troubles psychiques de la ménopause virile**; par le Dr Miguel Bombarda. (*Revue de psychologie clinique et thérapeutique*, novembre 1899.)

Chez l'homme, comme chez la femme, se produisent souvent entre quarante et cinquante ans, des changements psychiques, les uns légers, les autres plus graves; ce défaut d'équilibre mental, commun aux deux sexes, à cet âge, justifie la dénomination de ménopause virile, employée par l'auteur. Ces perturbations psychiques se traduisent d'abord par un changement de caractère amenant avec lui des idées qui, par leur fixité, changent, du tout au tout, la vie psychiqne des sujets. Subitement, se manifeste une inconduite, surtout apparente et choquante lorsqu'on l'observe chez des personnes, jusque là d'une vie exemplaire; ou encore surviennent des poussées neurasthéniques, caractérisées surtout par une préoccupation absorbante et obsédante touchant l'état de l'organisme, sorte d'ébauche d'une folie hypochondriaque. Enfin, on voit aussi se développer tardivement une jalousie sauvage, ou prendre naissance un amour des plus tenaces et, parfois aussi, des plus bizarres, capable d'entraîner le sujet à toutes sortes de folies, de ridicules et de préjudices.

L'élément fondamental de ces accidents réside en une sorte de modification de l'affectivité et en une sorte d'obsession portant les malades à orienter toute leur vie psychique vers un seul but, vers une seule idée. La pathogénie n'en est pas exactement établie; mais il est permis d'affirmer que ces désordres psychiques ne sont pas symptomatiques d'un commencement d'affaiblissement mental. Ils ne sont également pas la conséquence d'une impuissance génitale à son début; en effet, au lieu d'impuissance, on constate plutôt une exagération de la puissance génésique. Mais il est manifeste qu'ils sont liés à un changement, soit en quantité, soit en qualité, des fonctions sexuelles, sur la nature exacte duquel on n'est nullement fixé.

A. Fenayrou.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. **Sur l'élimination du bleu de méthylène dans l'épilepsie, l'hystérie et quelques formes mentales**; par R. Bonfigli. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. 2, 1899.)

La durée de l'élimination du bleu de méthylène chez les paranoiaques chroniques comme chez les individus normaux est plus

courte que chez les épileptiques, les hystériques, les confus. La courbe d'élimination chez les mêmes paranoiaques comme chez les normaux est toujours polycyclique continue ; tandis que dans les états de confusion, les états délirants des hystériques, l'état de mal épileptique, ou lorsque l'injection a été faite immédiatement après l'attaque, elle présente toujours quelque interruption.

J. SÉGLAS.

II. Du traitement de l'hystérie; par DARWIN STOCKLEY. (*Medical News*, 31 décembre 1898.)

L'auteur place les traitements hypnotique, électrique et pharmaceutique au second rang comme simplement symptomatiques. L'hydrothérapie et le traitement moral sont les vrais spécifiques, ce dernier surtout qui doit tendre à réveiller l'initiative individuelle du malade, l'action et l'énergie individuelle étant incompatibles avec l'épanouissement de la névrose. A. M.

III. Du rôle des mouvements dans la thérapeutique des névroses; par le Dr SOLLIER (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 25.)

L'auteur de ce travail propose d'employer la gymnastique pour réveiller la sensibilité des parties atteintes par un trouble hystérique quelconque, et comme d'après lui, tous les accidents hystériques sont dus à des modifications de la sensibilité, il en résulte que ce mode de traitement serait applicable à toutes les manifestations de la névrose, aussi bien du côté des membres que du côté des viscères.

Comme d'autre part on rencontre des troubles plus ou moins marqués de la sensibilité dans toutes les névroses, il s'ensuit que la gymnastique peut constituer une méthode de traitement de toutes les névroses en général.

Sans entrer dans le détail de la gymnastique qu'il emploie, M. Sollier se borne à dire qu'une de ses caractéristique est l'emploi systématique des mouvements forcés d'une part et la mise en jeu de l'attention du sujet d'autre part. Elle comporte eu outre des procédés spéciaux pour certains organes, en particulier pour l'appareil digestif, et pour provoquer à un moment donné le développement de phénomènes psychiques. G. D.

IV. Traitement de certains troubles mentaux par l'extrait thyroïdien; par le Dr Richard R. LEEPER de Dublin. (*British medical Journal*, janvier 1900.)

L'auteur a employé l'extrait thyroïdien avec succès dans trois cas, chez un myxœdémateux atteint de manie, chez un héréditaire porteur d'un corps thyroïde hypertrophié et présentant de la stu-

peur consécutive à un accès de manie et enfin chez un jeune homme de vingt ans présentant de la stupeur simulant la démence.

Il estime que l'emploi du traitement thyroïdien s'impose toutes les fois que l'insuffisance de la fonction thyroïdienne est soupçonnée ; grâce à son action sur la circulation générale, elle est tout indiquée chez les aliénés lorsque l'exaltation et la dépression peuvent être attribuées à un trouble dans la circulation générale.

A. VIGOUROUX.

V. **Organothérapie et goitre exophtalmique** ; par H. WHITE. (*British medical Journal*, avril 1899.)

VI. **Observation très résumée à l'appui des bons effets de la médication glandulaire, par le thymus sous forme d'extraits en tablettes.**

A signaler dans le numéro du 7 janvier de la même année quatre autres observations de Parker avec photographies. A. M.

VII. **L'imbécile améliorable ; son éducation et son avenir** ; par A.-R. DOUGLAS. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1899.)

Tout en rendant justice aux efforts que l'on fait pour l'éducation, surtout industrielle, des imbéciles, et tout en reconnaissant le succès qui couronne souvent ces efforts, car beaucoup d'imbéciles deviennent d'habiles et bons ouvriers, l'auteur estime qu'il ne faut pas se leurrer et compter qu'ils peuvent entrer de plein pied dans la vie sociale, où ils peuvent devenir une plaie pour leur famille et un danger pour la société. Sans qu'il soit nécessaire de recourir à un véritable internement, il est indispensable qu'ils soient surveillés et surtout guidés dans l'existence par des êtres mieux équilibrés qu'eux. R. DE MUSGRAVE CLAY.

VIII. **Craniectomie pour idiotie, avec une observation** ; par T. TELFORD-SMITH. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1897.)

Enfant de sept ans, pas d'hérédité fâcheuse. Né à terme, mais en état d'asphyxie ; n'a marché que vers deux ans, n'a jamais parlé, et maintenant encore, n'émet que des sons inarticulés ; la vue et l'ouïe paraissent normales ; les autres sens sont intacts. Pas de paralysie ; l'enfant marche et court sans assistance. Il est souvent malpropre ; il est curieux, mais ne peut fixer son attention. Le visage est normal, la voûte palatine très élevée ; on n'a pas mesuré le crâne avant l'opération, mais à l'heure actuelle on ne peut considérer l'enfant comme un microcéphale ; il faut voir là plutôt un cas d'idiotie traumatique, le traumatisme étant repré-

senté par la longueur du travail de l'accouchement, qui a fait naître l'enfant en état d'asphyxie.

L'opération a consisté en une craniectomie linéaire en trois sections (le 13 et le 27 août, et le 12 septembre 1895). L'enfant a vite et bien guéri à la suite de chacune des opérations.

Vingt mois se sont écoulés depuis l'opération et les parents ne remarquent chezlui aucune amélioration mentale ; il ne parle toujours pas et paraît manquer presque complètement d'idées. Il crie moins et ne cogne plus sa tête à droite et à gauche comme il avait coutume de faire. Voilà l'amélioration la plus notable.

Un autre point à noter, c'est qu'il est actuellement sensible à la douleur, alors qu'il ne paraissait pas l'être avant d'être opéré.

En somme, ce fait vient confirmer tout ce qu'a dit M. Bourneville sur la craniectomie dans le traitement de l'idiotie. R. M. C.

IX. **Le traitement et l'éducation des enfants faibles d'esprit et imbéciles au point de vue de la loi sur les aliénés indigents** ; par John Carswell. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1898.)

La question est traitée presque exclusivement au point de vue administratif, et les points qu'elle discute sont étroitement liés à la connaissance des lois et règlements qui régissent la matière en Angleterre et en Ecosse. R. M. C.

X. **L'éducation industrielle des imbéciles**; par G. E. Shuttleworth. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1898.)

L'éducation donnée aux imbéciles doit toujours avoir pour objectif une utilité industrielle : on ne peut guère espérer à l'école de progrès intellectuels, et il faut diriger tout l'effort éducateur vers un seul but : procurer au malade une certaine habileté professionnelle, qui lui permette de gagner sa vie ou à peu près. Dans tous les cas, les travaux qui s'accomplissent au dehors doivent être préférés aux travaux intérieurs, d'autant plus que beaucoup de petits travaux de ferme, de jardinage, de laiterie, sont à la portée des imbéciles, avec un peu d'habitude. Il n'y a pas de raison pour que les travaux du dehors soient uniquement réservés aux garçons et les jeunes imbéciles du sexe féminin auraient tout avantage à s'y livrer.

En somme dans l'éducation industrielle des imbéciles, il y a deux choses dont il faut surtout se préoccuper ; étudier les aptitudes physiques du sujet pour le diriger dans une voie technique où il puisse réussir ; et en second lieu se préoccuper des conditions dans lesquelles l'imbécile pourra, suivant les contrées et leurs habitudes ou leurs particularités industrielles ou agricoles, utiliser l'éducation reçue.

L'auteur ajoute en terminant que le système des menues récompenses pécuniaires lui parait fort utile dans l'éducation industrielle des imbéciles. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XI. Etudes cliniques de psychothérapie; par le Dr SEIF. (*Zeitschrift für Hypnotismus*, novembre 1899 et mars 1900.)

Neuf malades atteints de troubles nerveux et psychiques ont été traités par l'hypnotisme et la suggestion avec plus ou moins de succès. LWOFF.

XII. Un cas d'épilepsie Jacksonienne guéri par la crâniectomie; par M. BARRAGAN. (*Académie médico-chirurgicale Espagnole.*)

Un convalescent de variole se plaint de douleurs frontales et est pris d'attaques épileptiques avec une perte complète de connaissance, non suivies de troubles de la motilité, ni de la sensibilité. On constate du gonflement de la région douloureuse. L'intervention chirurgicale amène la découverte et l'ablation d'un séquestre frontal comprimant le cerveau à travers les méninges restées saines ainsi que la substance corticale. La guérison est complète. (*Revista de méd. y Cir. pract.* n° 590.) F. BOISSIER.

XIII. De quelques traitements de l'alcoolisme et de celui employé à l'asile de Cery; par le Dr DE MARTINES (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1900, n° 3.)

Depuis quelque temps on s'efforce partout, et en particulier en Suisse, de diminuer les ravages causés par l'alcoolisme. On espère y arriver en fondant des sociétés d'abstinence et de tempérance, des cafés et restaurants où l'alcool est remplacé par le café, le thé, le chocolat, l'eau de seltz, etc.

En Suède, la Société des débits d'alcool de Gothenbourg exerce une surveillance attentive sur toutes les auberges, qui sont fermées de bonne heure dans la soirée et dans lesquelles les dimanches et jours de fête on ne peut débiter qu'un petit verre d'eau-de-vie à titre d'apéritif avant le repas !

En dehors de ces mesures qui ne visent que la prophylaxie de l'alcoolisme, on a installé dans quelques pays des asiles de buveurs où les ivrognes sont l'objet d'une surveillance spéciale. La Suisse possède déjà plusieurs de ces asiles et les résultats qui ont été obtenus sont assez favorables.

A son entrée à l'asile de Cery, l'ivrogne est placé dans une cellule ; s'il est agité et violent on le laisse sans vêtements, couché sur une litière de varech, sans avoir recours à aucun moyen de coercition ; lorsqu'il est plus calme, on lui donne un lit sur les

côtés duquel s'élèvent des treillis en ficelle qui lui permettent de se débattre sans se blesser. Pour le faire dormir, on lui fait prendre en une fois 1 gr. 50 à 2 gr. de chloral et on renouvelle cette dose au besoin. Pendant la première semaine, l'ivrogne reçoit deux verres de vin par jour; au bout de ce temps, il est complètement privé de boissons alcooliques et nourri abondamment. Une fois le calme et la raison revenus, on occupe l'alcoolisé d'abord dans la division, plus tard au grand air à la campagne. Chaque jour on lui adresse quelques paroles au sujet de son avenir, on attire son attention sur le danger qu'il y a pour lui à continuer à boire de l'alcool, etc.

Avant de mettre l'ancien buveur en liberté, on lui propose de signer un engagement d'abstinence; s'il s'y refuse, on ne lui impose pas de prendre cet engagement.

XIV. La cure des buveurs. A propos du sérum antialcoolique; par M. Legrain. (*Presse médicale*, 27 janvier 1900.)

Le raisonnement et, jusqu'ici du moins, la clinique tendent à démontrer que le remède contre l'alcoolisme ne peut consister en une préparation médicamenteuse agissant par sa vertu propre. L'alcoolisme est un effet dont la cause est l'alcool, et tous les remèdes, quels qu'ils soient, qui ne s'attaquent pas à la cause, en tendant à la supprimer, ou au mécanisme qui la rend efficiente, en modifiant la mentalité, la moralité et l'ambiance du buveur, tous ces remèdes ne peuvent que faire fausse route, quand bien même ils seraient des palliatifs d'un instant. M. Legrain exprime la crainte que l'efficacité du sérum antialcoolique découvert récemment par MM. Sappelier, Thébault et Broca, pharmacien, ne soit pas aussi grande que l'espèrent ses inventeurs. Sans doute, il faut attendre, pour juger de la valeur exacte de ce mode de traitement, que l'action en ait été bien étudiée pratiquement, mais il est permis auparavant d'en discuter le principe, qui n'est pas à l'abri de toute critique.

1° L'alcoolomanie, période latente de l'alcoolisme, contre laquelle est dirigé spécialement le traitement, ainsi dénommée par comparaison avec l'intoxication morphinique, et caractérisée par l'accoutumance et le besoin, est bien loin d'être la règle comme l'affirment MM. Sappelier, Thébault et Broca. Les seuls vrais alcoolomanes sont les dipsomanes et ces malades ne sont pas des alcooliques chroniques. Au reste, le rapprochement que les inventeurs du sérum ont voulu faire entre l'intoxication alcoolique et l'intoxication morphinique n'est pas absolument justifié : chez le morphinisé, l'accoutumance est réelle et inséparable de l'augmentation des doses absorbées et le besoin est un symptôme d'inanition; chez l'alcoolique, au contraire, l'inanition n'existe pas ; le désir

répété de l'alcool, s'il existe, n'a rien d'organique, sauf dans les cas de dipsomanie; il n'est que l'indice d'une souffrance psychique que l'on rencontre communément chaque fois que l'on met obstacle à la satisfaction d'une habitude, quel qu'en soit l'objet. 2° On a le droit de se demander si les substances antitoxiques dont le sérum doit, dans la pensée de ses inventeurs, provoquer la production, pourraient avoir une réelle efficacité, alors que celles qui, conformément aux lois générales, actuellement bien établies, doivent s'être développées dans les organismes soumis, depuis un temps plus ou moins long, à l'action directe du toxique, de l'alcool dans le cas particulier, sont impuissantes à guérir les buveurs des accidents de l'alcoolisme et même à les rendre réfractaires à ces accidents. 3° Il paraît, *a priori*, difficile de concevoir que le sérum anti-alcoolique puisse par lui-même faire naître le dégoût de l'alcool. Le dégoût est un processus purement psychique, qui n'a rien à voir avec la nature de son objet ou des effets qu'il provoque. Au reste, ainsi qu'on a pu l'observer chez quelques dipsomanes, le dégoût n'est pas toujours un remède à une impulsion, quand celle-ci est bien caractérisée. De plus, le dégoût, supposant le goût préalable et, par suite, un état conscient d'alcoolisation et, en même temps que le désir de guérir, celui de se soumettre à la méthode, ne seraient injectables que ceux qui voudraient être dégoûtés de l'alcool; or, cette condition ne serait que rarement réalisée. Enfin, la durée de ce dégoût ne devant sans doute pas être illimitée, au lieu de chercher à dégoûter les buveurs de l'alcool, mieux vaudrait leur donner la force de volonté nécessaire pour résister au désir du poison dont ils ne pourront jamais fuir absolument le contact. 4° Il est étrange que le même sérum, qui détruit le goût des boissons fortes, à base d'alcool (ce qui est déjà extraordinaire, ces boissons ne plaisant pas seulement par l'alcool qu'elles renferment, mais aussi et surtout par les essences, les éthers, les aldéhydes qui y sont incorporés) développe le goût du vin. Et si cela était. la méthode serait plus nuisible qu'utile; l'expérience a démontré, en effet, que la condition essentielle d'une guérison durable de l'alcoolisme est la privation absolue du poison sous toutes ses formes.

A la fin de son travail, M. Legrain exprime cette opinion, que, si la découverte de MM. Sappelier, Thébault et Broca peut parfois avoir une action heureuse contre l'alcoolisme individuel (ce qui n'est pas encore bien établi), elle ne constituera certainement pas le remède souverain de l'alcoolisme social. Ce remède ne saurait résider que dans le dégoût de l'alcool, mais dans un dégoût fortement voulu et raisonné par une population éclairée et moralisée et non dans un dégoût d'origine équine.

En somme, dit l'auteur, « le sérum héroïque est celui qu'emploient les millions d'abstinents du monde entier. C'est celui-là

que je préconise, dont nos malades se trouvent bien et qui les fait guérir. Il consiste dans une infusion d'un peu de bonne volonté dans beaucoup d'eau ; c'est à la portée de toutes les bourses. Le tout est de savoir s'en servir ». A. Fenayrou.

XV. Traitement du delirium tremens par les injections sous-cutanées de sérum artificiel; par M. J. Masbrenier. (*Presse médicale*, 24 janvier 1900.)

L'auteur passe en revue les divers traitements qui ont été et sont encore actuellement employés contre le delirium tremens. L'opium à haute dose (Dupuytren, Rayer, Stockes), le cannabis indica (Corrigan, West et Polli, Willard [de Guéret]), le chloral (Trousseau et Pidoux, Lancereaux), le trional (Magnan et Sérieux), le bromure de potassium et divers anesthésiques, en inhalations, ont été préconisés. Mais l'emploi de ces différents agents ne constitue qu'une thérapeutique symptomatique : le malade étant agité et délirant, on cherche à l'endormir coûte que coûte, et, parfois, l'on arrive à des doses de narcotiques réellement invraisemblables. En même temps que l'on donne des calmants et des hypnotiques, on administre de l'alcool, sans doute en vertu de cette idée que l'apparition des accidents a sa principale cause dans la suppression de l'excitant habituel. En somme, en présence d'un malade intoxiqué depuis longtemps par l'alcool, non seulement on donne encore de l'alcool, mais on y ajoute des toxiques variés.

A cette thérapeutique semble vouloir succéder une médication plus rationnelle, consistant à traiter le malade atteint de delirium tremens comme un individu intoxiqué par un poison quelconque et à s'occuper avant tout de favoriser l'élimination du toxique et d'augmenter la résistance du sujet. Les diurétiques et les toniques constituent la base de cette thérapeutique ; c'est ainsi que la digitale à haute dose (Trousseau), la caféine, l'éther, la strychnine, les bains tièdes (Magnan et Sérieux), les lotions vinaigrées, les grands lavements froids, les bains froids à 18° (Letulle) ont été tour à tour recommandés. Depuis plusieurs années, M. Quénu emploie les injections de sérum artificiel qui sont un tonique puissant et un diurétique d'une efficacité et d'une rapidité d'action incontestables ; cette méthode lui a donné de bons résultats dans un assez grand nombre de cas. L'auteur rapporte sommairement les observations de trois malades, chez qui ce mode de traitement, combiné avec la suppression absolue de l'alcool, a amené une prompte atténuation du délire et de l'agitation. Une de ces observations concerne un mégissier, atteint de delirium tremens à l'occasion d'un anthrax. L'opium et le chloral lui avaient été prescrits sans résultat. Deux injections sous-cutanées de sérum artificiel, l'une de 1500 grammes, l'autre de 700 grammes lui ont été faites à

vingt-quatre heures d'intervalle ; la première a été suivie presque aussitôt d'un calme relatif; cette amélioration s'est accentuée encore après la seconde et le malade est devenu tout à fait tranquille. Fait à noter, la quantité des urines, inférieure à la normale avant les injections, a augmenté rapidement, et, à cette oligurie, a succédé une véritable polyurie (3 litres). Les deux autres observations sont absolument identiques à celle-ci. A. FENAYROU.

XVI. **Le traitement des psychoses aiguës par le repos au lit**; par les Drs SÉRIEUX et FARNARIER. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, mars 1900.) (Voir Comptes rendus de la Soc. *médico-psychologique*.)

ASILES D'ALIÉNÉS.

I. L'Asile de Pontareuse pour la guérison des buveurs; par le Dr CHATELAIN.

Comme le morphinomane, l'alcoolisé est un esclave ; sa force de caractère baisse à mesure que monte le besoin de la boisson.

Dans cet état d'obnubilation du sens moral et d'affaiblissement de la volonté, l'alcoolisé perd peu à peu la conscience de sa dégradation, devient indifférent aux angoisses des siens, à ses affaires en souffrance.

Le seul remède est l'abstinence totale : du reste, pour l'alcoolisé, il est plus facile de s'abstenir entièrement que de se modérer. Mais s'abstenir n'est pas facile pour des raisons multiples et il est nécessaire, dans un grand nombre de cas, de sortir le buveur de son milieu habituel physique et moral, de l'entourer d'abstinents parmi lesquels il ne sera plus un être à part, seul de son espèce.

Il faut, jusqu'au moment où son organisme aura perdu le besoin de l'alcool, où sa volonté raffermie sera redevenue normale, il faut qu'il ne voie plus d'alcool, qu'il soit mis dans l'impossibilité absolue de boire. Tel est le but des asiles pour la guérison des buveurs.

L'asile de Pontareuse, dans le canton de Neuchâtel (Suisse), a été créé sous les auspices de la Ligue patriotique contre l'alcoolisme, et ouvert en 1897.

C'est un petit asile dont le personnel se compose du directeur,

de sa femme et de sa fille — ces deux dernières vaquant aux soins du ménage — et d'un valet de ferme.

Toute personne majeure désirant être admise à l'asile doit s'engager par écrit à rester à l'asile tout le temps fixé pour son traitement par le comité du Conseil d'administration : le temps de traitement n'est pas, dans la règle, inférieur à six mois.

Pontareuse, comme du reste les asiles similaires en Suisse, n'a donc rien qui rappelle, même de loin, l'hospice ou la maison de correction ; c'est une grande famille. Son principe fondamental est celui d'un relèvement par la liberté, en ce sens que le buveur qui veut se corriger se soumet librement au séjour de l'asile et à la discipline indispensable. (*Annales médico-psychologiques*, août 1899.) E. B.

II. **L'hospitalisation des alcoolisés**; par le Dr Lentz. (*Bulletin de la Soc. de Méd. mentale de Belgique*, juin 1899.)

Il y a lieu tout d'abord, quand on envisage cette question de distinguer parmi ceux qui abusent des boissons alcooliques deux catégories d'individus : les alcoolisés et les simples ivrognes.

A ces deux variétés bien distinctes de malades doivent répondre deux espèces tout aussi distinctes d'institutions hospitalières.

Aux alcoolisés, aux intoxiqués, à quelque variété du reste qu'ils appartiennent et à quelque degré d'intoxication qu'ils soient arrivés, l'asile d'aliénés actuel suffit. Quant aux simples buveurs d'habitude qui ne présentent pas encore de signes d'intoxication spécifique, ils ne peuvent être traités que dans des asiles spéciaux mais l'auteur a soin de faire remarquer que ce traitement pour être efficace, doit rester libre et volontaire — et comme conséquence que les sanatoria pour alcooliques doivent être des institutions privées où l'autorité n'a aucun droit d'intervenir.

Cette règle souffre cependant une exception quand le buveur commet des actes nuisibles à autrui : l'intervention de l'autorité devient alors nécessaire, mais pour qu'elle puisse s'exercer avec efficacité deux choses sont absolument indispensables :

1° D'abord et avant tout une loi qui détermine les conditions de l'internement; 2° ensuite un asile spécial, prison et maison de traitement, dans lequel seront colloqués tous les délinquants buveurs ou alcoolisés jusqu'à guérison complète ou supposée complete. G. Deny.

III. **La question des asiles pour alcoolisés incurables** ; par le Dr Forel. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1899, n° 8.)

Les asiles d'aliénés, les prisons, les maisons de correction sont encombrés d'êtres anormaux, malfaisants et dangereux, véritables

idiots moraux, chez lesquels l'alcool, que du reste ils ne supportent pas, est le pire agent excitateur et renforçant de leurs mauvaises actions.

Bien que ces individus, pervers de par leur cerveau anormal, soient réputés incurables, le Dr Forel croit qu'en les soumettant à une discipline à la fois sévère et humaine, qu'en les astreignant à un travail continu et en les privant complètement de l'usage de toute boisson alcoolique, on peut arriver peu à peu à les améliorer et même à guérir quelques-uns d'entre eux.

C'est pour cette catégorie d'alcoolisés psychopathes réputés incurables, qui ne sont à leur place ni dans les prisons, ni dans les maisons d'aliénés, que le Dr Forel réclame la création d'asiles spéciaux distincts des asiles pour alcoolisés curables.

Ces alcoolisés psychopathes, étant presque tous assez forts et intelligents pour travailler utilement, les asiles qui leur sont destinés doivent être pourvus d'une installation agricole et industrielle susceptible d'un assez grand développement pour que ces établissements puissent se suffire sans rien coûter à l'Etat.

En outre la reproduction de personnes tarées et leurs excès sexuels constituant un danger social perpétuel, il y a lieu de séparer entièrement les sexes dans des asiles différents mais assez rapprochés pour que le travail agricole et autre des hommes profite à l'exploitation de l'asile des femmes et que le travail des femmes (lavage, cuisine, racommodage), profite à l'asile des hommes.

Il faut enfin enlever à la détention dans ces asiles tout caractère infamant rappelant une condamnation judiciaire. Il faut donner à l'internement un caractère purement administratif, de salut public et individuel.

La haute surveillance de ces asiles devra être confiée à une commission où devraient siéger en même temps que des aliénistes, des juristes criminalistes et des directeurs de pénitenciers, ainsi que des experts sur la question de l'abstinence de l'alcool.

G. D.

IV. L'alcool dans les asiles d'aliénés; par H. Hoppe.
(*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Les asiles reçoivent de plus en plus de buveurs, de plus en plus d'aliénés par suite d'excès alcooliques, de plus en plus de malades chez lesquels l'alcool a joué un rôle certain (statistiques). Il est à côté de cela des aliénés auxquels l'alcool est nuisible; épileptiques, paralytiques généraux, déments organiques ou séniles, idiots et imbéciles, maniaques excités ou malades excitables et confus, fous périodiques. On obtient ainsi une proportion minima de 56 p. 100, c'est-à-dire plus de la moitié des malades hommes, qui ne doivent ingérer aucune boisson alcoolique, et chez la femme

une moyenne de 25 p. 100. Enlever d'un asile d'aliénés les buveurs serait assainir l'établissement et supprimer bien des causes de désordre. Pour les autres malades, il conviendrait encore de rayer tout à fait les boissons alcooliques de la liste des aliments, y compris la bière. On les remplacerait par des boissons rafraîchissantes constituées par de la bonne eau additionnée de sucs de fruits. C'est ce qu'on a fait à Burghœlzli près Zurich (Forel), à la clinique d'aliénés d'Heidelberg, à Wuhlgarten, près Berlin (asile d'épileptiques) et dans les quatre asiles de Londres.

P. Keraval.

V. **Esquisse historique sur les asiles d'aliénés au Canada** ; par le Dr Burgess.

Après avoir donné à leurs aliénés des soins de simple garde avec un restraint plus ou moins mécanique, les diverses provinces du Canada, à part celles de Québec et de la Nouvelle-Écosse, sont entrées dans la voie du progrès et ont accepté la maxime de Horace Mann à savoir que les aliénés sont les pupilles de l'État et qu'à ce titre ils doivent être soignés dans des institutions gouvernementales spéciales.

A l'époque actuelle, dans la construction des asiles, l'idée de détention est subordonnée à celle de traitement ; l'hôpital pour les aliénés ne doit plus être une prison, mais une maison.

Après ces considérations générales, l'auteur, dans une étude des plus documentées, examine province par province, l'historique et les conditions actuelles des asiles d'aliénés au Canada. (*The American Journal of insanity*, avril 1899.) E. B.

VI. **De l'emploi des femmes-médecins dans le service de nos établissements publics d'aliénés** ; par Ludwig. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXII, N. F. X, 1899.)

Il faut être femme pour bien comprendre, voir et ouïr telle ou telle manifestation de la femme aliénée ; la femme instruite peut seule nettement percevoir, sentir et deviner certaines émanations de l'activité intellectuelle, certaines fluctuations de l'humeur, les formes et les nuances de l'extériorisation psychique de la femme. L'analyse des éléments demeurés sains du caractère et de l'esprit sur laquelle reposent le diagnostic et le traitement moral, sera plus profondément faite par une femme ; elle saura mieux distinguer qu'un homme ce qui en reste. Elle se pénètrera mieux de ce qu'il y a à faire comme traitement physique et moral, car elle gagnera plus aisément la confiance de ses malades.

Ceci aura encore un autre avantage relatif aux infirmières. Elles seront mieux surveillées, dirigées, instruites par les femmes méde-

cins. Celles-ci ne constituent-elles pas au besoin les infirmières les plus éduquées ; par contact et par attraction elles arriveraient en tout cas à former un personnel d'élite. P. KERAVAL.

VII. **Rapport au Zemstwo de Saratow** ; par le Dr BAGÉNOFF, directeur de l'établissement de Voroneje.

Dr Bajénoff constate que les aliénés en Russie sont mal assistés, malgré les très grands sacrifices du gouvernement et les efforts de la société. Cette question pèche en principes et en détails. Parmi les défauts est l'absence de lois définissant et réglant les devoirs de l'administration centrale et ceux de l'administration locale vis-à-vis des aliénés. Mauvaise répartition des malades dans ces asiles, par rapport au lieu de leur origine, absence de lois qui règlent l'admission des malades et enfin encombrement par des malades incurables.

L'auteur propose pour remède d'établir un rapport plus étroit entre l'hôpital psychiâtrique et les médecins de la localité ; de seconder les asiles par la création de colonies familiales.

En répondant aux objections que posent les adversaires des colonies, l'auteur considère cette forme d'assistance comme la meilleure pour le désencombrement et trouve que l'entourage bien portant n'en souffrirait pas, que les abus possibles ne sont pas plus considérables que ceux qui peuvent arriver dans les asiles. Il termine par l'exposé de la liste des colonies familiales à l'étranger et en France, décrivant spécialement la colonie de Dun-sur-Auron qu'il a visitée et indiquant les excellents résultats qu'il y a constatés. Cette méthode d'assistance pour les chroniques ne fait pas double emploi avec la colonisation agricole qui répond à des catégories de malades tout autres, moins nombreuses d'ailleurs ; « tous les systèmes sont nécessaires, l'asile fermé comme les autres modes, c'est une question de diagnostic et d'espèces. »

D. M.

VIII. **La statistique des aliénés à Anvers**; par le Dr SANO. (*Bulletin de la Soc. de Méd. mentale de Belgique*, juin 1899.)

Il résulte de ce travail que la proportion du nombre des aliénés indigents par rapport à celui de la population s'est réduite de moitié à Anvers pendant la seconde moitié de ce siècle. Ce résultat paraît dû en grande partie à ce que les alcoolisés ne sont pas colloqués à Anvers, mais simplement gardés, soit à l'hôpital, soit à la prison, et l'auteur ajoute que si le nombre des aliénés semble en diminution dans cette ville c'est qu'on y a de plus en plus perdu les moyens d'un traitement scientifique. G. DENY.

IX. **De la réforme de l'assistance des aliénés**; par le Dr Peeters. (*Bulletin de la Soc. de Méd. mentale de Belgique*, décembre 1898.)

Dans cette conférence faite au Cercle artistique, littéraire et scientifique d'Anvers, l'auteur se déclare partisan, pour l'assistance de la grande majorité des aliénés, de la substitution aux asiles fermés des colonies familiales instituées depuis quelque années dans presque tous les pays sur le modèle de Gheel.

X. **Une visite au plus récent hôpital d'Athènes**; par le Dr Frederick Peterson de New-York. (*Medical news*, janvier 1900.)

L'auteur décrit sous ce titre l'Asile de Giessen près de Frankfort-sur-Main. Cet hôpital très bien situé est destiné à l'étude des maladies mentales et à l'enseignement clinique. Il contient 100 malades environ, des deux sexes, répartis en huit pavillons : agités, turbulents et suicideurs, tranquilles et pensionnaires ; les autres aliénés chroniques sont transférés dans un asile provincial. Ces pavillons ont été construits avec tout le confort moderne, et en vue de l'examen complet et du traitement rationnel des malades: appareils d'électrothérapie, d'hydrothérapie, chambres de surveillance pour le traitement par le lit, etc. Des laboratoires de toute nature : de physiologie pathologie, d'histologie pathologique, de photographie, etc., une bibliothèque scientifique, un musée d'anatomie pathologique sont annexés à l'Asile. Un grand amphithéâtre permet l'enseignement et la présentation des malades, les projections photographiques, etc. Enfin, une consultation externe permet aux malades de se faire examiner dès le debut de leur maladie et d'entrer à l'hôpital dès qu'il est nécessaire. A. V.

XI. **Quelques visites aux asiles danois pour les faibles d'esprit et à d'autres institutions**; par William-W. Ireland. (*The Journal Mental Science*, janvier 1898.)

Gamle Bakkehus. — C'est la plus ancienne école, pour les imbéciles, du Danemark ; elle est située dans un faubourg de Copenhague; elle comprend environ 200 enfants dont quelques-uns ne sont susceptibles d'aucune éducation et 4 professeurs du sexe masculin et 16 du sexe féminin. Les préaux de récréation sont un peu restreints, ce qui tient au prix élevé du terrain dans le voisinage d'une capitale; les salles d'école spacieuses, peut-être même trop spacieuses, les pièces trop grandes tendant à égarer l'attention déjà si difficile à fixer chez les imbéciles. Les filles apprennent à coudre, à tricoter, à broder; les garçons font des brosses, des paillassons et quelques simples objets en bois. Il n'y a pas de cas de crétinisme sporadique dans l'établissement; mais on y

remarque plusieurs microcéphales et une forte proportion d'idiots du type Mongolien. Les dortoirs sont simples, mais propres et confortables ; les enfants paraissent bien nourris.

Asile custodial d'Ebberœdgaard. — Situé à deux milles de la station de Birkerœd, sur la ligne de Copenhague à Elseneur ; il est destiné aux adultes ; on y utilise ceux qui peuvent travailler et on y soigne et surveille ceux qui sont incapables de tout travail. Cet asile a été ouvert en juin 1892 avec 131 malades (80 hommes et 51 femmes). Il est très bien organisé, ses créateurs ayant profité des enseignements fournis par les institutions analogues déjà existantes. Il est spacieux aussi bien dans ses bâtiments que dans les terrains qui les entourent et les séparent. L'enseignement que les malades y reçoivent est exclusivement industriel. On y trouve toutes les formes d'idiotie et quelques cas curieux de difformités et de troubles nerveux. Les malades sont bien nourris, convenablement vêtus et visiblement bien soignés. Le personnel se compose de 17 employés (10 hommes et 7 femmes), le directeur non compris, et de 70 serviteurs (18 hommes et 52 femmes). Les ateliers sont consacrés à la fabrication des brosses à ongles, de pinceaux de peintre, de paillassons et de chaises, de tabourets et de tables d'un modèle simple. Les ressources de l'établissement se composent de contributions volontaires, de sommes payées par les différentes communes ou par les individus, et enfin d'une subvention de l'Etat qui représente la moitié de l'entretien pour chaque malade. Le chiffre moyen des malades est de 400.

L'auteur donne ensuite quelques détails, plus sommaires, sur les établissements privés fondés par le Dr Johan Keller et continués par son fils, et sur la maison de refuge des épileptiques à la villa Poppina, et enfin sur l'asile des idiots adultes incurables.

Gammel Mosehus. — C'est l'asile pour les femmes imbéciles dont l'éducation est terminée ; il est situé à environ cinq milles de Copenhague, au milieu des champs. Il peut réunir environ 40 malades qui sont presque toutes jeunes et paraissent en bonne santé ; elles se livrent à des travaux de couture, de blanchissage et de tricot.

Lille Mosegaard. — C'est l'asile des hommes, situé à peu de distance du précédent. Les malades sont employés à la fabrication des corbeilles et des paillassons, à la menuiserie ordinaire et à la cordonnerie ; les moins aptes au travail sont affectés à l'exploitation des carrières de pierre.

Le total des personnes soignées dans les diverses institutions Keller est d'environ 600 (230 dans les écoles, 150 dans les ateliers, 220 dans les différents asiles).

A *Brême* il y a une école pour les enfants faibles d'esprit. Elle reçoit 82 élèves et l'on récolte actuellement des fonds pour créer une institution où seront soignés et éduqués les idiots du terri-

toire de la vieille république hanséatique. L'auteur a visité aussi l'institution des sourds-muets, sur laquelle il donne des détails.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XII. **Gheel et Lierneux, les colonies-asiles pour les aliénés en Belgique** ; par John SIBBALD. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1897.)

L'organisation de ces deux colonies est soumise à une réglementation spéciale établie par un décret royal : l'admission des aliénés dans l'une et l'autre de ces deux colonies nécessite les mêmes formalités que l'admission dans un asile ordinaire d'aliénés conformément à la loi belge.

Colonie de Gheel. — L'auteur l'a visitée pour la première fois en 1860, et il a publié le compte rendu de sa visite dans le *Journal of Mental Science*, en 1861. Il y est retourné en 1862, puis en 1895, époque à laquelle il a recueilli les éléments du présent travail. Gheel est situé dans la province d'Anvers à environ 25 milles de la ville du même nom, et se compose d'un village de 3 à 4000 habitants et de 23 hameaux éparpillés sur une surface dont la circonférence aurait environ 20 milles. La population totale de la commune s'élève à un peu plus de 11 000 habitants, qui se livrent à la culture d'un sol assez peu fertile, et par places très rebelle à toute culture. La plupart des habitants sont propriétaires du sol qu'ils cultivent.

L'administration de la colonie est entre les mains d'une commission locale ; le personnel se compose d'un médecin-directeur (actuellement le Dr Peeters), de deux médecins adjoints, de deux médecins assistants, d'un receveur, d'un secrétaire et d'un magasinier. Outre le personnel de l'infirmerie, il y a quatre *infirmiers gardes de section*, qui visitent continuellement les aliénés à domicile. Les malades appartiennent à deux catégories, les indigents, et les pensionnaires. Au commencement de 1897, il y avait dans la commune 1983 malades (au lieu d'environ 800 en 1861) dont 1809 indigents et 174 pensionnaires.

Chaque indigent, à son entrée, est placé à l'infirmerie qui est sous la surveillance immédiate du médecin-directeur ; sauf le cas de nécessité d'une observation plus prolongée, il n'y reste que cinq jours, après lesquels il est remis entre les mains d'un gardien choisi par le médecin directeur, suivant la nature du cas. Pour les pensionnaires, les conditions pécuniaires sont ordinairement réglées à l'avance, ce qui permet de supprimer le passage à l'infirmerie.

L'infirmerie, en dehors de son rôle de salle d'observation, est aussi une infirmerie véritable, qui reçoit les malades de la colonie. Les aliénés répartis dans les habitations sont également sous la

surveillance du médecin directeur, mais il n'est obligé par le règlement à les visiter que deux fois par an ; dans la pratique il les voit beaucoup plus souvent. L'inspection est confiée aux médecins adjoints et aux médecins assistants qui visitent les malades incurables au moins une fois par mois, et au moins une fois par semaine ceux qui sont curables ou à qui cette visite est utile pour une raison quelconque ; souvent les visites sont quotidiennes. Chaque malade reçoit aussi une fois par mois la visite d'un garde de section. Médecins et gardes rendent compte chaque jour au médecin directeur de leurs visites de la veille et de leurs résultats, et reçoivent ses instructions. Les membres du comité local visitent également les malades de loin en loin. — Pour les pensionnaires les conditions pécuniaires sont l'objet de conventions entre la famille et l'habitant logeur. Les indigents admis aux frais des communes payent une pension qui varie de 60 à 90 centimes par jour suivant que l'aliéné est utile, propre ou malpropre : en plus de cette somme il est perçu un droit fixe de 25 centimes par jour pour frais généraux : la literie et le mobilier des chambres de malade sont fournis par l'administration. — Outre les bains de l'infirmerie il y a dans le village deux établissements de bains et il y en aura bientôt quatre.

Les malades sont répartis à peu près également sur la surface de la colonie ; quelques-uns logent dans le bourg, la plupart dans les hameaux voisins : on ne donne pas de malades à loger aux habitants trop pauvres. Chaque malade a sa chambre particulière, dont les dimensions minimum sont réglées (530 pieds cubes) ; il y a ordinairement deux malades dans chaque maison ; le mobilier est convenable et suffisant ; toutes les tentatives de décoration de l'appartement sont encouragées, et des plantes à fleurs sont fournies gratuitement aux logeurs par les jardins de l'administration. Il n'y a jamais plus de deux malades chez le même habitant, de façon à ce que la vie soit absolument commune entre le logeur et le logé. La liberté dont jouissent les malades est subordonnée à leur état.

La nourriture des logés est la même que celle des logeurs, c'est-à-dire assez simple et comportant fort peu de viande de boucherie. Les vêtements sont grossiers mais convenablement appropriés à chaque saison ; leur prix de revient est de 40 fr. par malade.

Les aliénés paraissent être généralement traités à l'égal des membres de la famille : ils partagent la table, le travail et les amusements de leurs hôtes ; ils paraissent satisfaits et ne se plaignent pas. La plupart des malades que l'auteur a vus pouvaient parfaitement être ainsi logés chez des particuliers, mais il en a vu aussi quelques-uns qui, à son avis, auraient été mieux à leur place dans des asiles ordinaires, surtout parmi les déments et les idiots ; ceux-là ne retirent évidemment aucun avantage de l'entourage

familial ; il en dit autant de certains aliénés dont la conduite désordonnnée nécesssite les gants de cuir, dont l'emploi subsiste encore (on a aboli la chaise de force, la camisole, la ceinture, etc.). Les aliénées à tendance érotique seraient aussi mieux ailleurs.

Si l'on recherche actuellement quels sont, pour les malades, les résultats de ce traitement, il faudra, avant toute comparaison avec les résultats que donnent les asiles ordinaires, se souvenir que, à Gheel, on n'admet pas toutes les formes d'aliénation mentale : les malades violents, agressifs, intraitables, dangereux, ne sont pas reçus. Gheel n'est donc pas un asile, et le traitement que l'on y suit demeure inapplicable à un grand nombre de cas de folie. D'autre part tous les cas admis n appartiennent pas, il s'en faut de beaucoup à la catégorie des chroniques ou des incurables. Beaucoup au contraire sont guérissables, et la statistique de 1889-93 donne 21 p. 100 de guérisons, en se basant sur le chiffre des admissions, réadmissions comprises. Il faut considérer ce chiffre comme une donnée absolue, mais non comme un élément de comparaison, pour les raisons qui viennent d'être dites ; ces raisons sont également applicables au taux de la mortalité qui de 1884 à 1893 a été de 7,3 p. 100. Le taux général de la mortalité des aliénés n'est pas relevé en Belgique.

L'impression générale de l'auteur est que, pour la très grande majorité des malades soignés à Gheel le traitement est préférable à celui des asiles fermés ordinaires ; il persiste à penser toutefois, comme il l'a dit plus haut, qu'un certain nombre de ces malades serait mieux à sa place dans un asile, mais il estime que ce nombre doit être peu considérable.

Il est rare qu'il arrive aux malades des accidents sérieux. De 1888 à 1895 il n'y a eu qu'un cas de grossesse chez une aliénée, mais en 1895 il y en a eu deux. On ne connait pas de cas où un aliéné ait eu des rapports sexuels avec une aliénée. Le nombre des évasions est très faible surtout si l'on considère la somme de liberté dont jouissent les malades. Durant les cinq dernières années la moyenne annuelle de ces évasions a été de cinq.

Quant aux résultats du système au point de vue de la société, il faut constater d'abord que le prix d'entretien d'un malade à Gheel est très notablement inférieur à celui des asiles ordinaires, même en tenant compte de la non admission à Gheel de certains malades particulièrement onéreux pour les asiles. Au point de vue spécial du village de Gheel, les résultats se traduisent par une augmentation manifeste de la fortune et du bien-être publics. Mais la présence d'un si grand nombre d'aliénés n'est-elle pas nuisible aux habitants, ou, pour préciser : 1° les aliénés sont-ils un danger public ? et 2° la santé mentale des habitants souffre-t-elle de leur voisinage ? Sur le premier point, l'opinion des habitants eux-

mêmes est que leurs hôtes ne sont pas dangereux, et, en fait, depuis cinquante ans il n'y a pas eu un habitant sérieusement blessé par un malade. Sur le second point, on ne pourrait répondre que s'il était possible de déterminer si la folie est plus fréquente chez les indigènes de Gheel que chez ceux des localités non occupées par des aliénés, et, sur ce point, il n'y a pas de statistique; mais l'opinion des habitants et celle du Dr Peeters est que la folie n'est pas plus commune à Gheel qu'ailleurs.

Colonie de Lierneux. — Un grand nombre des remarques qui viennent d'être faites au sujet de Gheel sont applicables à Lierneux. L'organisation de cette colonie est le résultat, plus heureux qu'on ne l'avait pensé, d'une tentative faite par l'Administration pour introduire des aliénés dans un pays qui n'y était pas préparé. La colonie est située sur la frontière sud de la province de Liège. La commune de Lierneux (2.600 habitants environ) couvre une surface d'environ 24 milles carrés, et le village est à environ 7 milles à l'ouest de la station de Vielsalm sur la ligne de Liège et des Trois-Vierges. Outre le village, il y a environ 18 hameaux éparpillés dans la commune; la région est surtout pastorale et agricole; la population est pauvre, le sol est peu fertile.

La colonie fut projetée en 1883 et créée en 1884, à l'instigation de M. Oudart, inspecteur général des asiles de Belgique. Il faut se souvenir que la Belgique se compose de deux portions à peu près égales : l'une septentrionale, où l'on parle flamand, et une méridionale, où l'on parle le patois wallon. Les habitudes, les coutumes, l'alimentation de ces deux portions de la Belgique diffèrent autant que la langue ; il y avait donc, en dehors même d'autres considérations, un réel avantage à ne pas trop dépayser les aliénés du sud en les envoyant à Gheel. Le gouverneur de la province de Liège entra dans les vues de M. Oudart ; mais, sur place, la chose ne marcha pas toute seule : le bourgmestre de Lierneux, avec plus de zèle que de lumières, déclara que « rien n'était plus contagieux que la folie » et que tant qu'il serait en place, pas un aliéné n'entrerait à Lierneux ; les habitants, toutefois, ne furent pas tous de cet avis ; mais on procéda avec ménagements, et Lierneux fut tout d'abord organisé comme une annexe de Gheel où, en avril 1884, il entra 4 malades venus de Gheel avec un garde de section. Peu à peu les habitants se familiarisèrent avec l'idée de loger des aliénés, et un peu plus tard (avril 1885) la colonie fut détachée de Gheel et rendue indépendante par décret royal. Elle contenait alors 27 malades, et en juillet 1896 elle en contenait 420.

La colonie est administrée par une commission composée de 7 membres, dont 3 sont pris parmi les principaux fonctionnaires de la province (membres de droit), dont un autre membre est le bourgmestre ou l'un des échevins, dont (l'un doit être un médecins) 2 sont désignés par le conseil provincial et dont le dernier

est nommé par le ministre de la Justice. Les règles d'admission sont les mêmes que dans les asiles ordinaires de Belgique.

Le médecin-directeur, chef du pouvoir exécutif de la colonie, est nommé par le roi. Il y a aussi un trésorier et un secrétaire ; ce dernier a la direction de toute la partie non médicale de l'administration. Le médecin-directeur voit les malades curables une fois par semaine au moins et plus souvent, s'il y a lieu, et les incurables, une fois par mois. Les gardes de section visitent tous les malades deux fois par semaine. L'infirmerie de Lierneux est en tout semblable à celle de Gheel.

Le règlement établi par le conseil provincial confie à la police locale la protection des aliénés, à qui les débitants ne peuvent fournir aucune boisson alcoolique. Le bourgmestre peut requérir l'admission à l'infirmerie de tout malade qu'il considère comme dangereux ou comme pouvant offenser la morale publique. Les contraventions sont punies par des amendes qui ne peuvent dépasser 25 francs, ou par de la prison, la durée ne pouvant excéder 8 jours.

Les habitants qui reçoivent les malades se divisent en deux catégories : les hôtes, qui reçoivent des pensionnaires payants, et les nourriciers, qui hébergent les indigents. Les pensionnaires payants sont peu nombreux (en 1892, 6 pensionnaires contre 343 indigents). Hôtes et nourriciers sont enregistrés, et leur inscription sur le registre, après enquête sur leur moralité, signifie leur acceptation à ce titre par le conseil communal; en cas de contravention, ils sont passibles de la radiation. Ils ne peuvent loger des malades de sexe différent. Pour les indigents, le prix de la journée est fixé à 1 fr. 40 c. ; sur cette somme, le nourricier reçoit 85 centimes pour un malade qui travaille, 95 centimes pour un malade qui ne travaille pas et 1 fr. 10 c. pour un malade malpropre ou épileptique. Le reste est versé à l'Administration pour les frais généraux.

Il est stipulé que les moyens de contention et l'isolement des malades ne doivent être employés que dans des cas tout à fait exceptionnels et d'une manière temporaire; en aucun cas les gardiens ne peuvent prendre sur eux d'appliquer ces mesures qui ne doivent être employées que sur ordre médical.

Les statistiques dressées par le médecin-directeur, le Dr Depéron, montrent qu'il y a à Lierneux des malades auxquels le système de la colonie n'est pas utilement applicable et qui seraient mieux dans des asiles ordinaires.

Le confort des habitants et des malades, à Lierneux, paraît un peu supérieur à celui de Gheel; les maisons sont propres, bien aérées, bien tenues, souvent même un peu ornées. La nourriture est saine et suffisante ; le règlement prescrit que chaque malade aura au moins 1 kilogramme de viande par semaine ; mais le

Dr Dupéron reconnaît lui-même qu'il n'est pas appliqué, par la raison qu'il est inapplicable dans les conditions où sont reçus les aliénés. Le médecin-directeur, dans son rapport de 1894, ajoute que bien que le règlement précise les cas qui ne doivent pas être admis dans la colonie, il y a certainement lieu de le modifier et d'étendre les exclusions et il indique les catégories qui, suivant lui, ne peuvent pas être admises utilement ni sans inconvénient dans la colonie ; ce sont les suivantes : 1° malades réduits à la vie purement végétative ; 2° malades atteints de démence organique, chez lesquels le tissu cérébral est en état de dégénérescence progressive ; 3° idiots de l'espèce la plus inférieure ; 4° malades à la dernière période de la paralysie générale ; 5° la plupart des épileptiques ; 6° malades dans un tel état de débilité physique qu'on ne peut pas les transporter sans aggraver leur état ; 7° malades malpropres ou sur le point de le devenir. R. de Musgrave-Clay.

XIII. **Statistique de l'asile Sainte-Agathe, à Liège, de 1892 à 1899** ; par le Dr Lhoest. (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, mars 1900.)

Les tableaux statistiques contenus dans ce travail montrent la progression constante de la population de l'asile Sainte-Agathe pendant les huit dernières années. Au 1er janvier 1892, les pensionnaires de cet asile étaient au nombre de 178, actuellement ils sont plus de 200. De 1892 à 1899, le mouvement de la population se décompose ainsi : entrées 565, décès 195, sorties par guérison effective 106. Pendant le même laps de temps il y a eu 3 évasions, mais pas un seul suicide.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE.

Séance du 7 juin 1900.

Chorée de Sydenham et rhumatisme. — M. Gilles de la Tourette réfute l'opinion qui rattache la chorée de Sydenham au rhumatisme. Sur dix-sept cas observés par lui il n'a trouvé le rhuma-

tisme qu'une seule fois. Sur ce même nombre de faits l'affection n'a jamais débuté après la puberté. Il faudrait donc ranger les chorées survenant après cette période et notamment celles de la grossesse à l'hystérie et à la maladie des tics. On doit renoncer à l'avortement provoqué chez les femmes enceintes atteintes de chorée.

M. Joffroy persiste à admettre qu'un certain rapport existe entre le rhumatisme et la chorée bien que cette dernière ne soit pas toujours d'origine rhumatismale ; le rhumatisme dans l'espèce agit simplement comme une maladie infectieuse quelconque telle que rougeole ou grippe en tant que cause occasionnelle ; enfin il a vu des cas de chorée dans la grossesse qu'il est vraiment impossible de rattacher à l'hystérie ou aux tics.

Paralysie du mouvement associé de l'abaissement des yeux. — M. Babinski. — Un malade jusque-là bien portant a été subitement frappé d'un ictus suivi de plusieurs heures de coma. Depuis lors le malade présente constamment l'attitude suivante : flexion de la tête associée à une élévation des deux globes oculaires ; il peut regarder en haut et de côté sans remuer la tête, mais il lui est impossible d'abaisser les yeux au-dessous de l'horizontale, et de les faire converger. Intégrité complète des réflexes pupillaires, de l'acuité visuelle et du fond de l'œil. La parole est ralentie, un peu embarrassée surtout pour la prononciation des *r* et des *s*, l'intelligence est paresseuse.

La société connaît déjà ce malade que MM. Marie et Crouzon avaient déjà présenté, le considérant comme atteint d'un tic mental qu'ils avaient rapproché du torticolis mental (voir *Arch. Neurol.*, 1900, p. 170). Pour M. Babinski il ne s'agit pas d'un spasme d'origine psychique des élévateurs mais bien d'une paralysie des droits inférieurs d'origine organique centrale, ce que vient corroborer la présence d'autres signes de lésion des centres nerveux tels que affaiblissement intellectuel et embarras de la parole survenant après un ictus.

M. Parinaud qui a étudié précisément ces paralysies associées assure que ce cas rentre parfaitement dans l'un des trois types cliniques qu'il a décrits, la lésion centrale ici n'est point nucléaire à son avis mais bien sus-nucléaire.

M. Ballet observe cependant que le malade peut encore abaisser les yeux dans les mouvements automatiques quoique ne le pouvant pas volontairement et consciemment.

M. Babinski montre encore l'impossibilité du mouvement d'abaissement associé chez son malade, malgré la persistance du recouvrement d'une partie de la cornée par la paupière inférieure, mouvement qui dépend de l'orbiculaire seul et auquel dans ce cas l'abaissement de l'œil ne prend aucune part.

Forme anormale de la maladie de Recklinghausen. MM. RÉNON et DUFOUR. — Il s'agit d'un homme de vingt-sept ans atteint à plusieurs reprises de rhumatisme musculaire. Actuellement il présente des nodules sous-cutanés développés dans le sens de la longueur des membres et qui sont à peu près indolores, la masse de ces nodules est constituée par des dépôts calcaires. Le front et la nuque sont couverts de tàches pigmentaires. La confirmation du diagnostic dépendra de l'examen histologique.

Tumeur du corps pituitaire sans acromégalie et avec arrêt de développement des organes génitaux. — M. BABINSKI rapporte le cas d'une jeune fille de dix-sept ans, morte avec tous les signes d'une tumeur cérébrale. A l'autopsie : épithélioma du corps pituitaire. Il n'y avait pas trace d'acromégalie ; mais les organes génitaux externes aussi bien que les ovaires et que l'utérus présentaient les dimensions de ceux d'une fillette de huit ans.

M. Meige lit pour M. VIRES, de Montpellier une intéressante étude sur le *signe des orteils de Balinski.*

M. TOUCHE présente le cerveau d'une femme chez qui une tumeur frontale de l'hémisphère droit avait entraîné une hémiplégie gauche.

F. BOISSIER.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

Séance du mardi 15 mai 1900. — PRÉSIDENCE DE M. JULES VOISIN.

Orthopédie morale et hypnotisme.

M. VOISIN. — Une jeune fille, professeur de musique, économe, travailleuse, rangée, est séduite par un jeune homme. Depuis lors, elle ne pense plus qu'à lui ; pour le faire vivre, elle vole sa mère à qui elle rend la vie insupportable ; elle délaisse ses leçons de musique et mène ouvertement une vie irrégulière. Je la traite par le suggestion hypnotique. Je ne tarde pas à apprendre qu'elle s'est remise assidûment à son travail, qu'elle ne pense plus à son individu, qu'elle redevient gentille pour sa mère et qu'elle se trouve très contente de sa nouvelle vie. J'ai soigné aussi avec succès, il y a quelques années, une autre jeune fille qui, adoptée par un ménage sans enfants, se montrait fort vicieuse ; elle mentait, volait et avait la manie de couper les robes de soie. Réformée au point de vue mental et moral, grâce à l'hypnotisme,

elle s'est mariée depuis; elle est maintenant une épouse et une mère de famille excellente.

M. Bérillon. — Ces cures d'orthopédie morale sont parmi celles qui font le plus honneur à l'hypnotisme. Auguste Voisin, en 1886, avait dans son service une femme malpropre, menteuse, voleuse, colère, vicieuse, ordurière. Il la traita par l'hypnotisme et la ramena à de bons sentiments, au point qu'elle devint dans un hôpital le modèle des surveillantes. C'est cette cure qui fut l'origine du culte qu'Auguste Voisin professait pour l'hypnotisme. Depuis lors, je me suis appliqué systématiquement à faire de l'orthopédie mentale et morale, surtout chez les enfants. Grâce à la pédagogie suggestive, j'ai obtenu de très nombreux résultats chez les vicieux et les paresseux.

Orthopédie mentale et morale par suggestion pendant le sommeil naturel.

M. Pau de Saint-Martin. — J'eus à soigner un enfant à la fois vicieux, paresseux et arriéré. Les parents, obéissant à des craintes injustifiées, repoussaient absolument l'hypnotisme. J'eus alors recours à la suggestion pendant le sommeil naturel, dont M. Farez nous a recommandé l'emploi et exposé la technique. Le traitement fut assez long, mais je parvins à guérir cet enfant de ses vices. Par surcroît, comme ce fait a déjà été constaté, d'ailleurs, son intelligence s'est développée ; il a pris goût au travail et peut suivre utilement ses classes.

M. Paul Farez. — On voit que la suggestion pendant le sommeil naturel peut être considéré comme le succédané de la suggestion hypnotique dans tous les cas où celle-ci ne peut être employée. Ce mode de suggestion est très efficace et on ne l'utilise pas assez. Il est donc intéressant d'enregistrer le succès obtenu par M. Pau de Saint-Martin ; je rappelle qu'à l'une de nos dernières séances, j'ai rapporté le cas d'un enfant atteint d'incontinence d'urine et guéri, lui aussi, par suggestion pendant le sommeil naturel.

L'hypnotisme et les paralysies psychiques motrices.

M. Bérillon. — Le phénomène hypnotique le plus élémentaire et le plus frappant consiste dans le fait qu'un membre ou un segment de membre peut être paralysé par suggestion. Que ces paralysies psychiques soient obtenues chez un sujet hypnotisé, cela n'a rien de surprenant. Ce qui paraît plus singulier, c'est qu'elles puissent être provoquées dans l'état de veille apparente, chez des sujets qui ont déjà été endormis auparavant ou qui même n'ont jamais été hypnotisés. Or, il est inadmissible de considérer comme étant en état de veille complète un être qui, tout à coup,

parce qu'on lui en a fait la suggestion, ne peut plus, par exemple, marcher ou se servir d'un membre. A notre avis, un tel phénomène ne peut s'expliquer que par l'inhibition de certains centres supérieurs et cette inhibition constitue essentiellement l'état d'hypnotisme. Il est curieux de constater que ces paralysies psychiques suggérées n'étonnent nullement le sujet chez lequel je viens de les créer.

M. Paul Magnin. — Cette personne a pleine confiance en vous et elle pense bien que vous saurez la débarrasser de cette paralysie que vous venez de lui donner. Mais, faites-lui une suggestion à échéance plus éloignée : si, par exemple, demain elle se réveille avec une paralysie que vous lui aurez suggérée aujourd'hui, elle ne manquera pas de venir vous trouver très effrayée.

Hypnotisme chez les neurasthéniques.

M. Bérillon.— On prétend, bien à tort, que les neurasthéniques ne sont pas hypnotisables ; la vérité est qu'ils le deviennent après un certain entraînement. Cette malade que j'hypnotise devant vous, n'a pu être endormie que ce matin pour la première fois. C'était notre cinquième séance. Il ne faut donc pas se contenter d'un seul essai et se laisser rebuter par un premier échec. Le succès dépend de la persévérance du malade et de celle du médecin.

BIBLIOGRAPHIE.

I. *Le problème de la mémoire, essai de psycho-mécanique ;* par le Dr Paul Sollier. 1 vol. in-8°. *Bibl. de philosophie contemporaine.* Félix Alcan, édit., Paris, 1900.

Ce volume reproduit un certain nombre de leçons faites par l'auteur pendant le semestre d'hiver 1898-99 à l'institut des Hautes-Etudes de l'Université nouvelle de Bruxelles.

Le plan général comporte trois parties principales. La première est une revision des idées actuelles sur le mécanisme de la mémoire, nous montrant que les psychologues sont aujourd'hui d'accord pour admettre deux parties dans la mémoire : l'une essentiellement organique, physiologique, l'autre psychologique ; et pour y distinguer en outre deux formes, suivant que l'attention

intervient ou n'intervient pas, organisée ou brute quand il s'agit d'apprendre, active ou passive, quand il s'agit de se rappeler.

Puis, l'auteur s'applique à une analyse détaillée et très précise de l'acte mnésique à ses différents stades. La mémoire comprend trois opérations essentielles, la conservation de certains états dans le cerveau, leur reproduction et leur reconnaissance. Mais ces trois opérations peuvent et doivent se subdiviser elles-mêmes. Dans la conservation, il y a en effet deux stades : la pénétration, la fixation de l'impression dans la substance nerveuse, et sa conservation. Dans la reproduction il y a lieu également de considérer deux stades : l'évocation de l'image conservée et la reproduction de cette image. Dans la reconnaissance enfin il faut également considérer deux choses : la reconnaissance proprement dite ou report dans le passé et la localisation dans le passé entre deux autres souvenirs contigus.

De quelque espèce qu'ils soient, les actes mnémoniques s'accomplissent dans des zones corticales spéciales, autres que les centres sensoriels. Les centres perceptifs ne sont en réalité que des centres de réception des excitations périphériques, nécessaires à la transformation qui les rend capables d'être perçues et évoquées ensuite ; la conservation des impressions et le point de départ de leur reproduction est autre part. Les centres d'association de Flechsig ne président simplement qu'à la représentation d'ensemble des images d'un mot ou d'un objet ; la véritable évocation se produit au point même où siège la mémoire, c'est-à-dire dans le lobe frontal.

M. Sollier termine cet exposé, qui constitue à notre avis la partie la plus attachante, capitale de son livre, en tentant une théorie mécanique des différents phénomènes de mémoire par comparaison avec les phénomènes électriques. Il est évident que la conception du cerveau comme agrégat de neurones isolés, pouvant s'influencer réciproquement, prête à de pareilles hypothèses. Mais si ingénieuses qu'elles puissent être, elles n'en restent pas moins des hypothèses que l'auteur lui-même déclare « être loin de vouloir pour le moment transformer en théorie et en doctrine ». J. S.

II. *L'éducation rationnelle de la volonté;* par le Dr P.-E. Lévy, in-8° de 278 pages. Paris, F. Alcan, éditeur, boulevard Saint-Germain, 1899, 2e édition.

De la connaissance des lois qui régissent notre esprit, le Dr Lévy espère tirer une méthode de traitement, la psychopathie, qui nous permettra de réagir contre les atteintes du mal tant moral que physique.

La pensée est un acte à l'état naissant, elle fait en se développant action dynamogénique ou inhibitive. La confiance, la foi en

la vertu curative d'une pratique quelconque amène souvent la guérison. C'est cette donnée que va mettre en œuvre la psychothérapie.

La pensée a, d'une façon constante, sa représentation et sa répercussion dans notre organisme. Se donner une idée est faire de l'autosuggestion, la recevoir d'un tiers est subir de l'hétérosuggestion. Dans le monde des états de conscience, comme partout, c'est aux plus forts que revient la suprématie; par l'attention nous pouvons accorder cette suprématie à un état de conscience de notre choix. Ces constatations expliquent à elles seules le mécanisme de la suggestion. Nous y sommes tous soumis, nous pouvons donc en user pour soulager et amender notre être physique et moral.

Par le recueillement nous augmentons notre puissance de suggestibilité. Pour en faciliter la mise en action, nous ferons appel, en cas de dépression, à une émotion stimulante, ou à une émotion calmante, s'il y a au contraire excitation. C'est le moyen de régenter son émotivité, et de transformer même en passion noble, un état émotif dont l'évolution pourrait devenir dangereuse.

L'autosuggestion idéative, dont nous venons de parler, n'est pas la seule arme dont dispose la thérapeutique psychique. Il faut y ajouter l'autosuggestion en acte ou gymnastique psychique. Faisons suivre l'idée que nous nous donnons, d'un essai de réalisation, et, par suite d'un véritable choc en retour, nous en augmenterons la puissance dynamogénique ou inhibitive. Qu'il s'agisse de provoquer un acte, de secouer notre torpeur, la concentration de l'esprit sur cette idée, facilitera la gymnastique psychique, s'il s'agit d'une inhibition, l'oubli d'une douleur, par exemple, la distraction est tout indiquée.

Notre être moral se manifeste par notre attitude, nos paroles et nos actes. A nous de nous imposer une expression de physionomie, un ton de conversation, un *modus vivendi* conforme à l'état de conscience que nous voulons créer en nous. L'effort sera pénible au début, mais peu à peu, comme les hâbleurs, nous nous prendrons à nos propres mensonges, et ce qui a commencé par n'être que fiction, deviendra réalité.

Les idées que nous nous suggérons nous viennent de l'extérieur, pourra-t-on objecter, mais ne les faisons-nous pas nôtres en les adaptant à notre tempérament? Qu'on ne veuille voir dans ces pratiques qu'une hétérosuggestion déguisée, qu'importe, il nous suffit de constater l'existence et l'efficacité de la thérapeutique suggestive. Une autre objection plus grave est celle qui consiste à prétendre que la suggestion annihile la volonté. Il ne faut pas confondre l'hypnotisme plus ou moins extravagant avec la suggestion. L'expérience montre au contraire que cette dernière augmente le pouvoir idéoréflexe.

L'entourage au milieu duquel nous évoluons devra pouvoir exercer sur nous une heureuse hétérosuggestion, aussi bien que nos livres de chevet : à nous donc de faire des choix judicieux.

Si l'autosuggestion et l'hétérosuggestion ont une telle importance, c'est qu'elles correspondent aux tendances les plus naturelles et les plus intimes de notre être. La première témoigne de l'étroite solidarité qui unit les différentes parties de notre être, la seconde est une preuve manifeste de la solidarité qui unit les hommes entre eux.

Tout fait physique ou psychique, si léger qu'il soit, laisse en nous une empreinte, une tendance à revivre sous une excitation moindre, à créer un commencement d'habitude. De là, la nécessité de ne fixer dans notre organisme que de saines habitudes ; cette déduction nous fait comprendre ce que nous devons entendre par hygiène morale. Pour s'y conformer, il faut d'abord se connaître, et lorsque nous aurons conscience de ce que nous sommes, nous saurons ce que nous pouvons et ce que nous devons être. Par l'autosuggestion nous aurons la volonté de réaliser le moi idéal que nous concevons. Certes nous ne nous approcherons du type que nous rêvons que par étapes successives et après forces luttes, mais ces combats incessants ne feront qu'affermir notre volonté de réussir.

La faiblesse du vouloir est la maladie de l'époque. La thérapeutique suggestive, se basant sur cette donnée primordiale que toute idée contient en germe le phénomène qu'elle exprime, et qu'elle est un commencement d'action, se propose d'apprendre à vouloir et par conséquent à manier la suggestion. Elle fait sentir à la volonté qu'elle ne peut rien d'elle-même, qu'elle peut tout avec l'appui des idées qui lui auront été suggérées.

Une conclusion médicale se dégage de cette théorie : c'est qu'il existe une médecine psychique, et que la volonté, sous l'influence de la suggestion, pourra lutter avec succès non seulement contre les habitudes acquises, mais contre les habitudes ataviques, contre les tares héréditaires.

Une autre conclusion, de morale pratique, celle-là, découle aussi de l'étude que nous venons de faire. C'est que, en apprenant à manier notre volonté, nous apprenons à gouverner notre manière de réagir, et par conséquent à tenir éloignées de la conscience les émotions et les sensations pénibles, à tirer au contraire des impressions agréables tout ce qu'elles peuvent nous donner de bonheur et de joie. Et qu'on ne croie pas qu'on arrive ainsi à l'égoïsme absolu ; au contraire, le fait d'aspirer à repousser une douleur, nous entraîne à rejeter tout ce qui est mal et chez nous et chez les autres et c'est le cas de répéter la parole de Sénèque : *je suis devenu un ami de moi-même, et un tel homme, sois-en sûr, est l'ami de tous les hommes*. Cet effort continuel contre le mal, nous fait aimer le Bien et aspirer au Mieux.

L'auteur nous cite un grand nombre d'observations où nous voyons sinon disparaître toujours, au moins s'atténuer souvent par la suggestion intime ou extérieure, des malaises, des douleurs, même des parésies et des paralysies ayant eu comme générateur l'élément psychique, ou tout au moins singulièrement exagérées par la neurasthénie du sujet. Des troubles oculaires, circulatoires, respiratoires, digestifs, sexuels, ont cédé à la psychothérapie, alors qu'ils s'étaient montrés rebelles à toute médication.

En résumé, si la psychothérapie ne peut faire disparaître la lésion organique, lorsqu'elle existe, elle peut restaurer la fonction et par cette restauration fonctionnelle, annihiler la puissance funeste de la lésion. Elle n'a pas la prétention de remplacer toutes les médications, mais elle peut devenir pour elles une alliée sérieuse et il n'est pas de cas où elle ne puisse trouver l'occasion de s'employer utilement.

Dans son ouvrage, le Dr Lévy n'a pas, à notre avis, exagéré la puissance de la suggestion telle qu'il l'entend ; mais il lui a peut-être donné un sens trop étendu. A ce compte, l'éducateur fait de la suggestion, Socrate en usait auprès de ses disciples, le médecin l'a toujours employée quand il a essayé de remonter le moral de son malade et chacun de nous en fait dans la discussion, et dans le moindre conseil donné à un ami.

Le traitement moral des aliénés n'est pas autre chose que de la suggestion, et Leuret a même prononcé le mot.

Le livre du Dr Lévy n'en est pas moins intéressant à lire, et utile à méditer, surtout à une époque comme la nôtre, où les caractères ont une tendance à faiblir, où l'indifférence, le doute de soi-même et le découragement paralysent si souvent nos efforts, où un état névrosique en un mot préside à toutes les manifestations de notre activité.

J. Boyer,
Professeur à l'institut médico-pédagogique.

III. *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie;* par Bourneville, t. XIX, Paris, in-8, XCII-236 pages, avec 13 fig. et 13 planches, 1899. *Progrès médical* et F. Alcan, éditeurs.

Ce sont les travaux du chef de la 4e section du quartier des aliénés de Bicêtre pendant l'année 1898, avec la collaboration de MM. Cestan, Chapotin, Katz, Noir, Philippe, Sébilleau et Boyer. Nous y trouvons d'abord l'histoire du service proprement dit, qui comprend : *a*) L'école et les exercices des enfants ; — *b*) L'enseignement professionnel ; — *c*) Le mouvement de la population illustré du tableau des lésions trouvées chez les décédés, en face des diagnostics ; un second tableau indique les sorties et leurs

causes. Le 1er janvier 1898, il y avait 459 enfants : le 31 décembre 1898, il y en avait 462. Puis, c'est l'histoire de la fondation Vallée sur le même plan. M. Bourneville consacre un chapitre spécial à l'assistance des idiots : *création de classes* annexées ou non aux écoles primaires pour les enfants arriérés : documents suisses, anglais, belges. Il formule les indications relatives à l'*assistance* et au *traitement médico-pédagogique des enfants anormaux :* intervenir le plus tôt possible. Dans une note sur la criminalité des enfants et des adolescents, il propose, comme prophylaxie, de maintenir à l'école le plus longtemps possible ceux que les parents ne peuvent surveiller, en les intéressant par les leçons de choses. Telle est la première partie.

La seconde partie, toute à la clinique, à la thérapeutique, à l'anatomie pathologique, se compose de mémoires sur la chorée, guérie par le bromure de camphre, l'idiotie hydrocéphalique, l'athétose double, avec mouvements convulsifs cloniques de la face simulant les tics convulsifs, l'idiotie légère symptomatique de méningite chronique, l'inégalité de poids des hémisphères cérébraux, l'état du faisceau pyramidal dans 4 cas de contracture spasmodique infantile, un cas de guérison de manie avec nymphomanie, chez une adolescente, l'instabilité mentale alcoolique et héréditaire, celle-ci guérie par le traitement médico-pédagogique, l'idiotie complète symptomatique d'hydrocéphalie ventriculaire et l'idiotie par sclérose tubéreuse.

Mentionnons à part une complète étude sur une épidémie de fièvre typhoïde : 21 cas, dont 16 enfants idiots. Et n'oublions pas l'action de l'alcoolisme sur la production de l'idiotie et de l'épilepsie. Sur 1773 idiots, épileptiques imbéciles ou hystériques, entrés du 1er janvier 1879 au 1er janvier 1898, on a trouvé que les pères de 667 enfants faisaient des excès de boissons : 154 avaient été conçus pendant l'ivresse.

Une liste des travaux scientifiques faits dans le service termine le volume, orné de 13 figures et de XIII planches.

P. Keraval.

IV. *Studies from the Yale Psychological Laboratory*, edited by Edward W. Scripture, director of the Psychological Laboratory, vol. VI, 1898.

Ce volume d'une centaine de pages renferme les mémoires suivants : *A color illusion*, par G. Trumbull Ladd : *Researches in cross-education* (éducation croisée, écriture en miroir, etc.), par Walter W. Davis; — *Researches in practice and habit*, par Smythe Johnson ; enfin *Notes sur l'enseignement du laboratoire*. Une planche coloriée et 14 figures dans le texte.

V. *Du mariage des épileptiques*; par A. Fèvre, in-8. (Th. Paris, 1899, Jouve et Boyer.)

Si ce travail documenté montre le vague et la diversité de toutes les opinions émises à ce sujet, il montre aussi que de ce concert émane surtout une idée défavorable au mariage des épileptiques. L'auteur dissocie d'abord la question pour arriver à une synthèse finale. Dans l'influence du mariage sur le malade lui-même, il arrive à voir que les rapports sexuels lui sont plutôt nuisibles quel que soit son sexe ; plus nuisible toujours que la continence absolue ; nuisible aussi la grossesse dans la majorité de cas ; nuisible encore l'accouchement. Les faits où le contraire a pu être observé sont une rarissime exception et sont douteux.

Dans la famille le conjoint épileptique est généralement un objet de gêne et souvent une source de misère ; il peut quelquefois remplir ses droits civils, mais nul ne peut affirmer avant son mariage qu'il en sera capable, et sa capacité peut fléchir d'un jour à l'autre. La descendance de l'épileptique est dans l'immense majorité des cas lourdement et souvent similairement tarée. Légalement rien ne s'oppose à ce mariage au moins de nos jours et chez nous, où l'épilepsie n'est même pas une cause de divorce.

Le médecin consulté doit l'empêcher, en tout cas ne jamais le conseiller et lutter de toutes ses forces contre le préjugé répandu surtout pour les femmes que le mariage est utile au malade.

Quand par exception on ne peut pas le déconseiller, il faut prévenir le malade de toutes les conséquense funestes qui peuvent en résulter pour lui, pour sa nouvelle famille et pour sa descendance.

Ce travail s'appuie principalement sur des observations communiquées par M. Bourneville à l'auteur et dont il a bien su tirer parti.

F. Boissier.

VARIA.

Concours pour les places de médecins-adjoints des asiles d'aliénés.

Le concours pour l'admission à l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés de la *Région de Paris*, s'est terminé le samedi 9 juin. Dans la séance publique où ont été proclamés les résultats, M. le Dr Albert Regnard, inspecteur général des Établissements de bienfaisance, président du jury, a déclaré que :

« Vu la supériorité éclatante absolument exceptionnelle du présent concours ; prenant en considération le vœu unanime et pressant des membres du jury ; vu la nécessité de maintenir à ce concours régional le privilège de la plus rigoureuse équité ; considérant que tous les candidats ont fait preuve de qualités remarquables, au double point de vue théorique et pratique, il croyait devoir présenter à M. le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, pour être nommés à l'emploi de médecin-adjoint des Asiles de la Région de Paris, au fur et à mesure des vacances qui se produiront, les candidats suivants, tous reconnus admissibles par le jury, savoir :

En première ligne, *ex-æquo :* MM. Manheimer et Truelle (84 points) ; en deuxième ligne, M. Dide (81) ; en troisième ligne, M. Pochon (78) ; en quatrième ligne, *ex-æquo :* MM. Castin, Marchand, Wahl (76) ; en cinquième ligne, M. Ameline (72) ; la question écrite était : *Le lobe frontal.*

Rappelons que le jury se composait, outre le Président délégué par le Ministre, de M. le Pr Joffroy, MM. les Drs Magnan, Vallon et Blin ; Homery, suppléant.

Le concours de la région de Lille, brillant aussi, s'est terminé par la nomination de : en première ligne, M. Raviart ; en deuxième ligne, M. Brunet ; en troisième ligne, *ex-æquo :* MM. Rodiet et Ricoux ; la question écrite était : *Portion cervicale du grand sympathique.*

Région de l'Est (Lyon, MM. Jacquin et Bonne) ; — Région du Midi (Montpellier, MM. Ricue et Pélissier). — M. de Fursac, chef de clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine de Paris, est inscrit sur la liste des admissibles, sans concours, en vertu de l'art. 8 de l'arrêté du 7 mars 1900.

Considérations neurologiques sur l'éducation dans les écoles publiques.

Grâce aux recherches anthropométriques, il est unanimement reconnu aujourd'hui que l'état mental des enfants est en relation directe avec leur poids, leur taille, leurs mensurations physiques et qu'il existe une base physique pour la précocité comme pour l'arriération intellectuelle. En conséquence, il serait nécessaire d'établir des mesures définies, des étalons du poids, de la taille, des mensurations pour chaque âge ; et l'enfant, suivant qu'il serait au-dessus ou au-dessous de cette mesure moyenne devrait être traité en conséquence. (*Jour. of nervous and ment. disease,* fév. 1899.)

Idiots : traitement médico-pédagogique.

Il y a quelques jours nous avons vu un enfant idiot de sept à huit ans, dont l'état est très perfectible. Et comme nous expri-

mions à sa mère le regret qu'on ne se soit pas occupé plus tôt de son traitement et de son éducation elle nous répondit : « Je voulais venir il y a deux ans, mais notre médecin m'a dit : Attendez, cela peut encore s'améliorer. » Notre confrère à commis une erreur. On doit traiter ces enfants dès que l'idiotie est reconnue et au plus tard à partir de deux ans. C'est la limite d'âge fixée depuis bien des années à Bicêtre, et que nous avons adoptée à l'Institut médico-pédagogique. On ne dresse plus un vieux cheval, on ne dirige pas un arbre ou un arbuste déjà vieux. — Après avoir déclaré que Dupl... a été « repris d'un accès de folie », le journaliste ajoute — peine inutile — que Dupl... « paraît irresponsable ».

SUPPLICE DE MORIN.

(14 *mars* 1663.)

Simon Morin était un visionnaire qui prétendait que le Christ s'était incorporé en lui. Cette fantaisie bien innocente avait le tort de revêtir un caractère religieux. Il n'en fallait pas plus à cette époque pour être convaincu d'hérésie, et Morin, qui n'était qu'un malheureux atteint de folie, fut condamné à être brûlé vif.

« Le 14 du mois de mars, raconte Colletet, Simon Morin, par arrêt de la cour du Parlement, après avoir fait amende honorable, nud en chemise, la corde au col et la torche au poing, devant la principale porte de l'église Notre-Dame, où il fut conduit dans un tombereau, fut ensuite mené en place de Grève et là attaché à un poteau pour y être brûlé vif avec son livre intitulé : *Pensées de Morin*, ensemble tous ses écrits et son procès, puis les cendres jetées au vent pour punition d'avoir pris la qualité de fils de Dieu et ses complices condamnés d'assister à son exécution, puis d'être attachés à la chaîne pour y servir le roi à perpétuité. » (Le *Radical*, 15 mars 1900.)

FAITS DIVERS.

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Nominations et promotions :* M. le Dr BRICHE, médecin-adjoint à Fains (Meuse) nommé en la même qualité à Saint-Venant (Pas-de-Calais); — M. le Dr Croustel, médecin-adjoint à Rennes, nommé en la même qualité à Quimper ; — M. le Dr TERRADE, médecin-adjoint à Lafand (Charente-Inférieure) nommé en la même qualité à Prémontré (Aisne) ; — M. le Dr PAPILLON, mé-

decin-adjoint à Mont-de-Sergues, promu à la 1re classe du cadre; M. le Dr BELLETRUD, directeur-médecin, à Pierrefeu, promu à la 1re classe du cadre; — M. le Dr LENT, médecin-adjoint de Basrens, promu à la classe exceptionnelle; — M. le Dr TAGUET, médecin en chef à l'asile de Vaucluse, est nommé en la même qualité au 5e asile (Maison-Blanche); — M. le Dr VIGOUROUX, médecin en chef à Dun-sur-Auron (Cher), est nommé en la même qualité à l'asile de Vaucluse.

LE DRAME DE SAINT-JEAN-DE-DIEU. — Un nouveau drame vient de se dérouler à l'asile d'aliénés de Saint-Jean-de-Dieu de Lyon.

Un nommé Chouzy, manœuvre, pour se venger d'avoir été maintenu quelques jours après sa guérison dans l'asile de Saint-Jean-de-Dieu où il avait été enfermé, il y a une quinzaine d'années, a frappé de deux coups de couteau à la tête et à l'épaule le portier de l'asile. L'inculpé immédiatement appréhendé par la police a déclaré qu'il n'avait aucune inimitié particulière pour le frère portier, mais qu'ayant souffert des agissements des frères en général, il avait frappé le premier qu'il avait trouvé sous sa main. (Le *Journal* du 29 mars 1900.)

SUICIDE D'ENFANT. — *Un désespéré de douze ans.* — Le mécanicien du train 207, qui se dirigeait sur Soissons, a aperçu près de la Courneuve un corps étendu sur la voie. On fit des recherches et on trouva le cadavre d'un enfant d'une douzaine d'années dont la tête était détachée du tronc.

L'enquête a établi que le malheureux était un nommé Alfred Biziaux, dont les parents sont domiciliés 70, rue du Moutier, à Aubervilliers. Le jeune Alfred était employé dans une tréfilerie de la Courneuve; il apprit samedi qu'il était renvoyé. Ne voulant pas avouer qu'il n'avait plus de travail, il alla s'étendre sur la voie du chemin de fer, plaçant son cou sur l'un des rails, mais rabaissant sa casquette sur ses yeux afin de ne pas voir venir le train. L'express le décapita. (L'*Aurore*, 20 avril 1900).

TENTATIVE DE SUICIDE D'UNE ADOLESCENTE. — La jeune Juliette Rabaut, quartorze ans, ouvrière de fabrique à Orbec, tout en travaillant, tient le ménage de son père qui est veuf et à la mauvaise humeur duquel elle est souvent en butte. Après une scène, un soir, Juliette prise de découragement, essaya de s'étrangler avec un ruban serré autour de son cou. Son frère l'entendant râler, accourut à son secours. Il n'était que temps, car le visage de la pauvre enfant était déjà congestionné. (Le *Bonhomme Normand*, 3 mai.)

CONTRE L'ALCOOLISME. — « Dans les réunions publiques où je me rends depuis deux ans, j'éprouve une horreur insurmontable, autant de défiance que de dégoût pour les braillards qui débitent

des boniments violents, avec un souffle empesté de vitriol. Ils ont tout de suite un air d'agents provocateurs. Leurs camarades doivent les tenir pour dangereux, les écarter de l'œuvre commune. J'ai constaté avec joie que des ouvriers entreprennent eux-mêmes la croisade contre l'alcool. On ne fait pas la Révolution avec des ivrognes. On fait la Révolution avec des hommes de sang-froid, maitres de leur raison et de leur volonté. Pour s'affranchir de ses oppresseurs, *il faut que le peuple s'affranchisse de l'alcool.* (L'*Aurore* du 6 mai.)

On ne saurait trop applaudir à cette énergique protestation contre les ivrognes et ces excellents conseils.

Mort par l'alcool. — Un individu de Saint-Cyr-du-Bailleul (Manche), ayant fait boire de l'eau-de-vie au jeune Chaponais, âgé de huit ans et demi, le pauvre petit en est mort. (Le *Bonhomme normand*, 10 mai.)

On ne saurait trop faire connaître les actes stupides de ce genre. Les individus qui font boire des enfants sont malheureusement très nombreux. Aussi dans les conférences populaires est-il indispensable de signaler les dangers d'une pratique aussi dangereuse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Archives of neurology from the pathological laboratory of the London County Asylums. Claybury, Essex. Edited by F. Walker Mott. Publication annuelle. — Volume in-8°. — Prix : 20 francs. — London, 1900. — Librairie King and Son.

Asylnm for idiots and Imbeciles (*Eastern Counties*) residing in the counties of Essex, Suffolk, Norfolk and Cambridge. Forty-first annual report for the ear ending december 31 st. 1899. — Volume in-8° de 73 pages. avec 3 planches hors texte. — Colchester, 1900. April, — J. Turner, secretary.

D'Arman (D.). — *Qualche considerazione sulla misura della correnti indotte e su varii apparecchi d'induzione adoperati in medicina.* — Brochure in-8° de 8 pages. — Nocera Inferiare, 1900. — Tipografia del Manicomio.

Forty-seventh annual report of the Penusylvania Training School for fuble-minded children. — Brochure in-8° de 34 pages, avec 5 planches hors texte. — Philadelphia, 1899. — Burk and Mac Fetridge C°.

Guérin (J.). — *Les différentes manifestations de la pensée.* — Volume in-8° de 231 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, 1899. — Librairie Alcan.

Massalongo (R.). — *Epatismo e nevropatia.* — Brochure in-8° de 12 pages. — Hôpital de Vérone, 1900. — Chez l'auteur.

Pilez (A.). — *Ein weiterer Beitrag zur Lehre von der Microcephalie nebst zusammenfassendem Berichte über die Erfolge der Craniotomie bei der Mikrocephalie.* — Brochure in-8° de 56 pages, avec 8 figures et une planche hors texte. — Wien, 1899. — F. Deuticke.

Pollack (B.). — *Préparation et coloration du système nerveux.* Traduit de l'allemand, par Nicolaïdi, par Launois. — Prix : 5 francs. — Paris, 1900. — Librairie Carré et Naud.

Raymond. — *Clinique des maladies du système nerveux* (hospice de la Salpêtrière, 1897-1898). — Volume in-8° de 610 pages, avec 56 figures dans le texte et 2 planches en chromolithographies hors texte. — Prix : 15 francs. — Paris, 1900. — Librairie O. Doin.

Rieger (C.). — *Die castration in rechtlicher, socialer und vitaler Hinsicht.* — Volume in-8° de xxxv-116 pages. — Prix : 3 fr. 75. — Iéna, 1900. — Verlag G. Fischer.

Roubinovitch. — *La pathologie mentale à la fin du XIX*e *siècle.* Conférence faite à la Salpêtrière le 21 janvier 1900. — Brochure in-8° de 38 pages. — Paris, 1900. — Imprimerie J. Gainche.

AVIS A NOS ABONNÉS.— *L'échéance du* 1er *JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 Juillet.** *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.

— *Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des* **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **30 francs** *pour la France et l'Étranger.*

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 7-1900.

Vol. X. **Août 1900.** **N° 56.**

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

THÉRAPEUTIQUE.

Le traitement de l'épilepsie par la méthode de Flechsig ;

PAR

J. SÉGLAS, ET HEITZ,

Médecin de l'hospice de Bicêtre. Interne des hôpitaux.

Parmi les méthodes nombreuses de traitement de l'épilepsie, il en est trois surtout qui,dans les dernières années, ont suscité l'attention. Ce sont l'intervention chirurgicale par la sympathicectomie, et les cures médicales de Bechterew et de Flechsig. Nous ne nous occuperons ici que du traitement par la méthode de Flechsig.

Le premier travail de Flechsig[1] date de 1893. La méthode de traitement qu'il y préconise consiste à faire précéder l'administration du bromure de potassium par celle de l'opium, à des doses progressives et rapidement élevées.

L'opium, sous forme d'extrait, est ainsi administré au début, à la dose de 0gr,02 à 0gr,05, prise en deux ou trois fois. Cette dose est augmentée ensuite progressivement, de manière à arriver au bout de dix à douze jours à la dose de 1 gramme ou 1gr,25 par jour. Cette dernière dose est continuée pendant six semaines.

A ce moment, l'opium est brusquement interrompu et remplacé par le bromure de potassium, à la dose de 7 gr.

[1] Flechsig. *Neurolog. centralbl.*, 1893, p 229.

par jour. Cette dose de bromure est continuée pendant deux mois, puis réduite progressivement à 2 grammes par jour. quantité moyenne et variable suivant les cas.

Par l'administration préalable de l'opium, Flechsig prétend diminuer l'excitabilité du cerveau en abaissant sa température, en ralentissant les échanges, en rendant moins active la circulation cérébrale, de façon à permettre l'apport d'une quantité plus considérable de bromure. De plus, l'opium, en modifiant les conditions de l'absorption intestinale, pourrait favoriser plus tard l'absorption du bromure.

L'administration de l'opium à doses aussi élevées n'était pas sans amener des accidents quelquefois sérieux : vomissements, constipation opiniâtre, crises diarrhéiques, hyperthermie, hallucinations, délire. Ces accidents seraient surtout à craindre au moment de la suppression brusque de l'opium. Aussi Flechsig recommande-t-il, pendant la cure, une surveillance incessante, le repos au lit, la diète, les lavements fréquemment répétés, et en cas d'intolérance, la suppression de l'opium par doses progressivement décroissantes.

En usant de ces précautions, il aurait obtenu de bons résultats, surtout chez les jeunes gens, beaucoup moins dans le petit mal que dans le grand. Ce traitement ne pourrait être appliqué qu'avec la plus extrême prudence aux malades affaiblis physiquement, atteints d'affections cérébrales en foyer ou présentant de la tendance à l'état de mal.

Flechsig et ses élèves[1] sont revenus sur ce sujet dans différentes publications, en insistant particulièrement sur les bons résultats du traitement à l'égard des paroxysmes convulsifs et des accidents délirants de leurs malades.

En même temps, de plusieurs côtés, surtout en Allemagne et en Italie, on expérimentait la méthode de Flecksig. Comme on pouvait s'y attendre, les opinions exprimées par les auteurs sont très variables. Au nombre des partisans de la méthode de Flechsig on peut citer Marro[2], Stein[3] qui se montrent très favorables. Ce dernier rapporte 6 cas où il

[1] Flechsig. *Neur. centr.*, 1897. Salzburg (thèse de Leipsig, 1893). Flechsig et Salzburg. *Ueber die Behandlung der Epilepsie mit opium brom.* Leipsig, 1894.

[2] Marro. *Giorn. della R. Acad. di Torino*, 1895, fasc. 2.

[3] Stein. *Neurol. central*, 1893.

y eut suppression totale des accès; mais il est à remarquer que ces cas ne furent suivis que pendant deux mois, temps bien insuffisant pour juger du résultat définitif.

Bennecke[1] et Warda[2] apportent les résultats observés dans la clinique de Binswanger. Le premier, sur 15 cas, a eu 15 améliorations portant à la fois sur les crises et les troubles psychiques; et sur ce nombre, il y eut deux fois suppression totale des crises pendant sept mois.

Le second, sur 45 cas, dont 11 sont la continuation des précédents, a eu 55 p. 100 d'améliorations et 2,5 p. 100 d'aggravations; les troubles psychiques n'ont pas été influencés. Il conseille de prolonger l'emploi du bromure le plus longtemps possible et pense que les résultats sont d'autant meilleurs que la dose d'opium tolérée dans la première partie du traitement a été plus élevée.

Crisafulli[3] a obtenu par ce procédé des résultats supérieurs à ceux de la cure bromurée simple. Sans action sur le petit mal, la méthode de Flechsig lui paraît surtout indiquée dans le cas d'accès très violents. Il signale aussi l'amélioration des accidents psychiques, surtout à forme mélancolique.

Aurelio Lui[4], sur 3 cas, a obtenu une fois la suppression totale des accès pendant quatre mois; dans les 2 autres cas, une diminution notable de leur nombre et de leur intensité; aucun effet sur les troubles psychiques.

Ces différents auteurs signalent bien quelques accidents au cours du traitement, mais jamais sérieux. Ils ne constituent pas, pour eux, des contre-indications. En pareil cas, Aurelio Lui conseille simplement de suspendre le traitement pendant une semaine pour le reprendre ensuite. Avec cette pratique, il a pu continuer le traitement sans nouveaux accidents.

En regard des partisans de la méthode de Flechsig, il y a ses adversaires. Sommer l'a expérimentée sans résultats; Frænkel n'a obtenu que 1 succès sur 10 cas; Bœhm n'a rien obtenu le plus souvent[5]; Pollitz[6] repousse absolument cette

[1] Bennecke. *Epilepsie Behandlung*. Iéna, 1894.
[2] Warda. *Monatschrift fur Psych. und Neur.*, 1897.
[3] Crisafulli. *Manicomio moderno*, 1897, fasc. 3.
[4] Aurelio Lui. *Riv. sp. di fren.*, 1895.
[5] Bœhm. *Allg. Z. f. Psych.*, 1896.
[6] Pollitz. *Allg. Z. f. Psych.*, 1896.

méthode en raison de la recrudescence des accès, des accidents d'intoxication quelquefois mortels. Bratz[1] n'a obtenu que des améliorations passagères suivies, au bout de quelques mois, de séries d'attaques et d'un retour à l'état antérieur. Il a noté fréquemment des accidents graves d'intoxication au cours de l'administration de l'opium et de la recrudescence des accès. Il conseille en pareil cas d'interrompre l'opium et de donner immédiatement le bromure. Au moment de la cessation de l'opium, il a eu les accidents les plus graves, quelquefois même des décès. Sur 200 cas parvenus à sa connaissance, il a relevé 8 décès au cours du traitement.

Cesare Rossi[2], dans une série d'expériences sur l'excitabilité corticale du chien après trépanation, arrive à ces conclusions que la méthode de Flechsig diminue énormément l'excitabilité corticale ; que le bromure seul produit absolument les mêmes effets, que les expériences faites pendant la période d'administration de l'opium montrent que cette substance diminue très peu l'excitabilité corticale.

Malgré ces données contradictoires, en face des résultats favorables obtenus par quelques auteurs, nous avons soumis à la cure de Flechsig un certain nombre (22) des épileptiques de notre service de Bicêtre.

Une première série (juin 1898) comprenait 12 malades, tous adultes, de bonne santé physique, présentant à la fois des vertiges et de grands accès sans état de mal. Ces malades ont pris le premier jour 0gr,05 d'extrait d'opium ; le lendemain, 0gr,10 ; puis chaque jour 0gr,10 en plus, de manière à arriver le douzième jour à la dose de 1 gramme. Cette dose n'a jamais été dépassée. L'opium était donné en trois fois dans la journée.

Sur ces 12 malades, 1 a refusé de continuer au bout de trois jours, à 0,20, sans avoir eu, d'ailleurs le moindre accident. 5 autres ont dû cesser le traitement : 1 à 0,50 d'extrait d'opium, 2 à 0,60, 1 à 0,70, 1 à 0,80, en raison d'accidents d'intoxication.

Ces accidents consistèrent en vomissements, diarrhées abondantes, albuminurie, oligurie, ralentissement considérable de la respiration, perte de poids rapide, myosis, trou-

[1] Bratz. *Allg. Z. f. Psych.*, 1897.
[2] C. Rossi. *Riv. sp. di fren.*, 1898.

bles psychiques graves, somnolence constante, hébétude, délire.

En même temps, 3 de ces malades avaient des accès et vertiges nombreux, et, après la cessation progressive de l'opium, 2 ont eu un état de mal.

Les 6 autres ont subi tout le traitement en ne présentant que des accidents très légers et seulement pendant la période progressive de la cure d'opium. Ils n'ont eu aucun accident au moment de la cessation brusque de l'opium et de son remplacement par le bromure à la dose de 7 grammes, qui fut diminuée par la suite, à intervalles variables, suivant les indications de Flechsig. Ces 6 malades ont été suivis pendant un an, à dater du début du traitement. 3 d'entre eux n'ont pas été modifiés. Pour les 3 autres, les tableaux montreront la marche des accès avant et après le traitement.

MOIS	MALADE S...				MALADE P...				MALADE G...			
	1897-98		1898-99		1897-98		1898-99		1897-98		1898-99	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
			Cure de Flechsig.				Cure de Flechsig.				Cure de Flechsig.	
Juin	11	3	9	9	7	6	4	»	9	»	11	5
Juillet	11	4	1	»	5	4	»	»	16	1	6	6
Août	10	7	7	10	2	3	1	»	32	8	1	»
Septembre	5	6	3	7	5	1	»	1	15	3	»	1
Octobre	9	3	1	4	7	3	1	1	12	»	8	»
Novembre	9	1	4	9	2	1	1	6	22	3	8	»
Décembre	3	10	3	9	7	4	3	8	6	1	4	»
Janvier	6	8	2	15	6	8	3	3	17	11	5	1
Février	6	9	6	»	4	4	5	3	17	6	7	»
Mars	4	12	4	6	14	9	8	4	7	11	11	6
Avril	5	27	9	8	7	1	3	5	21	21	6	17
Mai	12	4	1	9	10	3	5	9	17	30	6	27
Totaux	91	94	50	95	76	47	34	40	191	88	73	63

En résumé, chez le malade S..., diminution de près de moitié du nombre des accès. Cette diminution des accès est encore supérieure (plus de moitié) chez les deux autres ma-

lades P... et G... Il est à remarquer que, notamment chez le malade P... elle porte surtout sur les premiers mois du traitement.

Il est à noter aussi chez ces deux malades que si le chiffre total annuel des vertiges n'a pas été sensiblement abaissé, ces accidents vertigineux semblent cependant avoir été heureusement influencés par le traitement dans les premiers mois. Le fait est surtout évident pour le malade G...

Quant aux troubles psychiques nous devons dire que ces malades, plus ou moins idiots ou imbéciles, ne présentaient pas d'accidents psychiques de nature vraiment comitiale, susceptibles d'être modifiés par un traitement quelconque.

En 1899, l'un de nous a soumis à la cure de Flechsig une nouvelle série de 10 malades. L'un d'eux, arrivé à 0,40 d'extrait d'opium, a refusé de continuer le traitement, bien que n'ayant eu aucun accident d'intoxication. Un autre, arrivé à 0gr,60 d'opium, est mort, dans une nuit, à la suite d'une série d'attaques, sans avoir présenté auparavant aucun phénomène d'intoxication. Il avait, d'ailleurs, fréquemment, auparavant des attaques en série. Un troisième malade, arrivé à 0,70 d'extrait d'opium, commença à présenter des accidents légers qui, le lendemain, avec la dose de 0,80, s'aggravèrent d'nne façon véritablement effrayante et mirent un instant sa vie en danger (somnolence, confusion mentale avec paraphasie, myosis, constipation, anurie, ralentissement considérable de la respiration). Ces accidents perdirent tout caractère sérieux en quarante-huit heures avec la suppression de l'opium aidée de l'administration de lactose, de lavements purgatifs, de café, et se dissipèrent ensuite en quelques jours.

Les 7 autres malades qui étaient arrivés à ce moment à la dose de 0,80 commencèrent à présenter en même temps des phénomènes d'intoxication assez sérieux : myosis, olygurie avec albuminurie légère, diarrhée abondante, respiration ralentie, hébétude, somnolence. Craignant que ces phénomènes ne vinssent encore à s'aggraver comme chez le précédent malade, nous n'avons pas osé augmenter la dose d'opium, ni même maintenir la dose actuelle et nous avons jugé plus prudent d'interrompre le traitement.

Ainsi, chez tous les malades de cette seconde série, l'administration de l'opium provoqua des symptômes d'intoxication plus ou moins graves, cependant toujours sérieux. Nous

noterons cette particularité que chez l'un d'entre eux qui se trouvait en période d'accès répétés avec excitation délirante lorsqu'il fut soumis au traitement, on vit ces différentes manifestations comitiales disparaître très rapidement sous l'influence de l'opium.

En résumé, de l'ensemble de nos recherches personnelles nous croyons pouvoir conclure que le traitement de Flechsig n'est supporté que par un nombre très restreint de malades. Son administration nécessite des soins et une surveillance tels qu'il est indispensable de placer d'abord l'épileptique dans un milieu spécial; encore reste-t-elle toujours difficile. souvent même dangereuse. Ces contre-indications sont loin d'être compensées par les bénéfices, somme toute assez minimes, qu'on peut en retirer et qui ne nous paraissent pas supérieurs à ceux de la cure bromurée simple.

Méthode d'exercices et de mouvements proposée comme cure de maladies de nerfs ;

Par le Dr O. THILO, de Riga (Russie).

Nous ne pouvons atteindre à aucune agilité sans exercices ; c'est même avec peine, en nous y exerçant petit à petit, que vous avons acquis la plupart de nos mouvements journaliers, par exemple la démarche droite, les différentes espèces de course, de saut, la natation. La perfection à laquelle nous pouvons parvenir dans ces mouvements dépend toujours de la méthode et des exercices auxquels nous nous sommes soumis ; c'est ce que nous observons le plus clairement en comparant la marche élastique d'un soldat bien discipliné à la lourde démarche d'un paysan ou même aux pas inégaux et hésitants d'un homme voûté par une vie trop sédentaire. On peut donc affirmer sans exagération que nous devons faire la *conquête* de ces facultés héritées avant de les posséder véritablement; nous ajouterons même que nous ne conservons l'usage de ces facultés que par un exercice constant ; de même ne pourrons-nous les recouvrer en cas de perte qu'en

nous astreignant de nouveau à de fréquents exercices. Ceci sera à plus forte raison le cas quand cette perte ne proviendra pas seulement d'un manque d'usage, mais sera la conséquence d'une maladie affaiblissante; l'essai, par exemple, de guérir par le repos, les bains ou les médicaments et le massage, sans avoir recours à des exercices, ces contractions de la main que nous appelons chez nous *crampe de plume* ou *crampe de piano* est absolument inutile. C'est pourquoi il nous paraît surprenant que la médecine se soit bornée à traiter ces maladies elles-mêmes et n'ait pas essayé, par un plan d'exercices méthodiques, de ramener les capacités de mouvement à leur ancien degré de perfection. Il y a peu de médecins, par exemple, qui essaient par un système d'exercices du mouvements, de remettre sur pieds un malade qui aurait perdu la possibilité de marcher, par suite d'une maladie nerveuse, rhumatismale ou autre ; dans ces derniers temps, cependant, quelques spécialistes de névrologie se sont acquis le grand mérite de *réveiller* chez leur malade le *désir* de marcher et cela par leur influence morale et l'effet de leurs continuelles persuasions. Néanmoins, l'emploi méthodique d'un système de mouvements pour exercer notamment les groupes de muscles dont la faiblesse rend la marche impossible, est une chose que nous rencontrons rarement.

Que d'hystériques, que de malades après des inflammations articulaires, ne deviennent, — en restant constamment alités — à charge à eux-mêmes et aux autres, que par la simple raison qu'ils ne savent pas *apprendre de nouveau* à marcher et qu'ils ont perdu le dernier vestige de leur énergie dès le premier effort, — infructueux et désespéré — de se remettre sur pied. Que d'enfants perclus ne sont si difficiles à faire bouger que parce qu'on ne les a pas suffisamment soutenus dans leurs essais de marcher! Or, c'est surtout chez les enfants qu'on peut arriver à de brillants résultats avec de la méthode et des exercices ; c'est ce que démontrent si victorieusement les mains des enfants aveugles. Ici, nombre de collègues nous objecteront sans doute que de semblables exercices exigent infiniment de patience et prennent beaucoup de temps et que le médecin a déjà, sans cela, souvent à travailler au-dessus de ses forces ; et nous trouvons cette objection absolument valable; un médecin ne peut entreprendre d'employer comme remède, dans une large mesure,

des exercices dans le genre de ceux dont je parle, que s'il est à même de traiter simultanément un grand nombre de malades, c'est-à-dire s'il peut faire faire des exercices en masse et si l'achat des appareils à exercices ne devient pas une source de trop grandes dépenses. Ici, je me permets de recommander mes appareils, lesquels sont décrits en détail dans mon travail intitulé « Exercices ». (*Recueil de leçons de clinique*, de R. Volkmann, 1897.) Ce sont des jeux de poulies à poids dont l'achat n'entraîne qu'une dépense fort minime.

J'expose ci-dessous, à l'appui de ce qui précède, quelques cas choisis dans ma longue pratique ; ils doivent également servir à expliquer la méthode d'emploi de mes appareils [1] et à en prouver l'efficacité.

La tension de la jambe gauche de Jenny Liebermann, âgée de douze ans, était devenue extrêmement difficile par suite d'une paralysie d'enfant survenue dès son plus bas âge ; en conséquence, la petite fille ne pouvait faire que quelques pas sans béquilles pour la soutenir. L'asseyait-on sur une chaise à siège *saillant* (voyez *fig.* 1 ci-contre), elle ne pouvait pas tendre la jambe ; par contre, si l'on attachait l'extrémité d'une poulie à son pied (voyez figure ci-jointe) et si l'on fixait à l'autre bout de la poulie un poids de 50 grammes elle pouvait balancer la jambe en avant et en arrière et la *tendre* jusqu'à former presque un angle de 180°. Ce mouvement ne lui était pourtant possible qu'avec un poids de 50 grammes et en attachant la poulie très exactement *à la même hauteur* que le siège sur lequel elle était assise ; si on assujettissait la poulie à 10 centimètres ou 20 centimètres plus haut que le siège, les mouvements devenaient impossibles. Ajoutons qu'il faut, pour faire cet exercice d'une manière effective, une poulie se déroulant

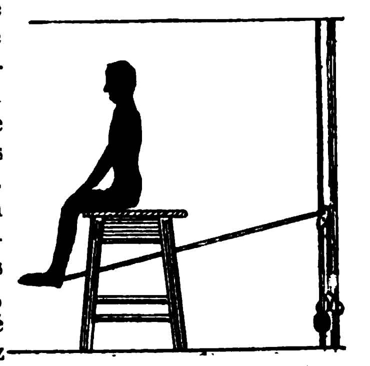


Fig. 1.

[1] Ces appareils se vendent à Berlin, chez Carl Sonnenburg, 8, Goltzstrasse.

aisément et soigneusement huilée et un cordon de laine très souple ; un frottement de résistance ou un cordon trop dur amènent des irrégularités dans le jeu de la poulie, et ces irrégularités rendent les mouvements de l'exercice difficiles et même impossibles.

Il résulte clairement de ce qui précède à quel point on est à même, avec des poulies, de créer des résistances appropriées ; il s'en suit aussi qu'on est également maître d'augmenter la résistance à vaincre, en changeant la quantité des poids ; ajoutons que c'est, pour le malade, un grand *relèvement moral* de pouvoir, à l'aide des augmentations de poids, juger par lui-même que sa force lui revient.

Je fis s'exercer la petite fille deux fois par jour avec ce poids de 50 grammes au pied, et cela dans l'ordre suivant : cinq minutes d'exercices, puis massage pendant un quart d'heure ; puis de nouveau cinq minutes d'exercices. Les mouvements réussirent beaucoup mieux quand on eut placé une planche devant la malade, à la hauteur du siège sur lequel elle était assise et qu'on l'eût excitée à toucher la planche de la pointe de son pied chaque fois qu'elle tendait la jambe ; et ceci m'a prouvé combien les efforts sont plus vite couronnés de succès quand la personne, qui les fait, a *devant les yeux* un but déterminé. Après une période de huit jours, les exercices avec poids de 50 grammes purent être prolongés pendant dix minutes ; quelques semaines après nous exercions une heure le matin et une heure l'après-midi, avec poids de 50 grammes. Après huit mois de traitement, la malade pouvait surmonter *vingt fois de suite* une résistance de poids de 2,000 (deux mille) grammes et pouvait marcher dans la rue environ 1 kilomètre sans ses éclisses. Le tableau suivant donnera une idée plus claire de la progression graduelle des forces :

1895			1896	
Octobre.	Novembre.	Décembre.	Février.	Mai.
50 gr.	200 gr.	300 gr.	600 gr.	2.000 gr.

Jenny Liebermann, douze ans, paralysie d'enfant de la jambe et du pied gauches depuis la plus tendre enfance.

Tension de la jambe gauche (voyez *fig.* précédente).

B. W..., huit ans, paralysie des deux jambes après l'influenza ;

atteignit de juin à fin août 1896 une augmentation de force de 50 grammes à 1500 grammes.

A. M..., de Saint-Pétersbourg (alcoolisme, empoisonnement de nicotine, hystérie ?), ne pouvait marcher que fort péniblement, à la date du 28 juin 1896 ; après deux semaines de traitement avec massage, bains et exercices avec l'appareil à poulie (cela deux fois par jour), il put marcher pendant un kilomètre au bord de la mer et il se baignait même lorsque les vagues étaient fortes. La progression de force du muscle quadric. crural avait haussé de 1 kilogramme à 4 kilogrammes depuis le 28 juin jusqu'au 4 août 1896 ; les autres muscles avaient retrouvé leur force dans les mêmes proportions.

Le cocher L... avait été mordu au bras par un cheval de telle façon que la paralysie totale des doigts et des tendons du poignet s'en suivit. Mon collègue H... de Riga m'adressa le malade après être parvenu, par le galvanisme, à fortifier suffisamment les muscles de l'index et du majeur pour qu'ils pussent supporter la tension avec un poids de 8 grammes (*fig.* 2). — J'atteignis d'octobre 1894

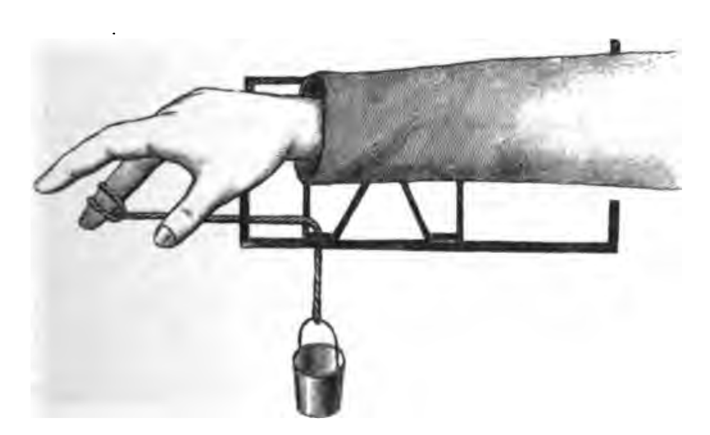


Fig. 2. — Tension des doigts.

jusqu'à mai 1895 une progression de force de 8 grammes à 700 grammes. A partir du mois de mai 1896, le malade ne se fit plus traiter et travailla dans une fabrique ; il avait à remplir des sacs et à les attacher avec des cordes. — On put constater en janvier 1896 que, malgré ce travail manuel, la force tensionnaire des muscles n'avait pas augmenté : ce n'était toujours, pour l'index et le majeur que 700 grammes, tandis que les mêmes doigts de la main gauche surmontaient un poids de 900 grammes. De janvier à

mai 1897, L... fut de nouveau soumis au même traitement de massage et d'exercices, et en mai 1897, l'index et le majeur de la main droite soulevaient, *tendus*, 900 grammes, c'est-à-dire, exactement autant que les doigts de la main bien portante.

Le mesurage des forces de la main endommagée nous offre le tableau suivant :

	MAIN DROITE (malade)						MAIN GAUCHE
	1894 Octobre.	1895 Janvier.	1895 Mars.	1895 Avril.	1895 Mai.	1896 Mai.	
	Tension des doigts (fig. 2).						
Doigts :	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.
Index.. ...	8	300	400	600	700	900	900
Majeur.....	8	300	400	600	700	900	»
Annulaire .	»	Non mesurés.		»	500	»	»
Auriculaire	»	Non mesurés.		»	400	»	»
	Ecarquillement des doigts (fig. 3).						
Index......	8	»	»	»	570	»	840
Majeur.....	8	»	»	»	570	»	840

Le correspondant d'une grande maison de commerce de Riga, âgé de trente-quatre ans, s'adressa à moi, parce que, depuis un peu plus d'un an, il lui devenait de plus en plus pénible d'écrire; tandis qu'auparavant il écrivait vite et bien et qu'il tenait l'index et le majeur presque tout à fait étendus, il ne pouvait plus maintenant écrire qu'en tenant l'index, le pouce et le troisième doigt presque complètement contractés et pliés sur eux-mêmes. Il me raconta qu'étant enfant, une brique était tombée sur le dos de l'index de sa main droite ; cet accident n'avait eu, du reste, aucune suite sérieuse, il n'avait tenu à le mentionner que pour la complète exactitude de son compte rendu ; il ajouta qu'également depuis un an, son jeu de clarinette était fort empêché par l'état de ses doigts (il était membre d'une association musicale).

A l'aide de mon appareil pour les exercices de doigts, je constatai que les doigts de la main droite étaient en état de *tirer* autant de poids que ceux de la main gauche dans les mouvements pour *écarter* (*fig.* 3), *plier* et *fermer* les doigts ; par le mouvement de *tension* cependant (*fig.* 2), il me fut prouvé que l'index de la main droite tirait 150 grammes de moins que celui de la main gauche. C'étaient donc les *muscles de tension* du second doigt de la main droite qui étaient affaiblis, ce qui expliquait pourquoi le

malade ne pouvait pas, en écrivant, garder l'index *allongé*. L'affaiblissement de ce seul doigt avait abîmé complètement son écriture : il est évident que je n'aurais pas pu, sans l'aide de mon appareil, établir ce diagnostic.

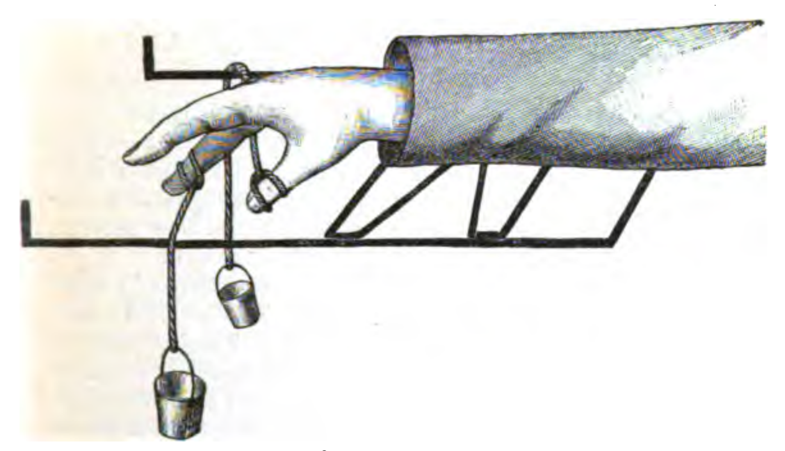


Fig. 3. — Écarquillement des doigts.

Dans son *Manuel de massage et de gymnastique* (Vienne, 1896), Antoine Bum a publié à Vienne des cas de malades où mes appareils et ma gymnastique des doigts ont été employés avec un succès évident. Voyez aussi Krukemberg (*Guide de la méthode pour le traitement mécanique*, 1896, p. 50) et encore *Revue périodique pour les praticiens*, du Dr W. Liermann, Francfort-sur-le-Main, 1897 (n° 3).

Il arrive souvent que, soit leurs douleurs, soit leur faiblesse empêchent les malades de *faire eux-mêmes* des mouvements avec résistance de contre-poids ; par exemple les mouvements *actifs* sont parfois absolument impossibles dans les maladies des articulations, dans les rhumatismes musculaires et dans l'hystérie ; dans des cas semblables, je fais faire au membre malade des *exercices passifs* par le membre bien portant, à l'aide d'un appareil, qui a, alors, deux poulies ; l'une est attachée au membre souffrant, l'autre est mise en activité par le membre bien portant. Ces mouvements passifs conviennent très spécialement au traitement des hystériques. La malade vous affirme-t-elle, par exemple, ne pouvoir soulever la main droite? Faites tenir les poulies, l'une par la

main droite, l'autre par la main gauche, et invitez la malade à mettre sa main infirme en mouvement *en tirant la poulie de la main gauche;* cela réussit presque toujours, car la main droite ignore à peu près ce que fait la main gauche, et l'on peut graduellement, ainsi, sans qu'elle s'en rende compte, glisser des mouvements passifs aux mouvements actifs.

Je ferai observer qu'il faut, petit à petit, tenir le cordon de la main malade plus court que celui de la main bien portante ; dans les cas de récentes fractures articulaires et aussi pour d'anciennes raideurs de jointures, j'ai également obtenu, et cela dans des cas presque désespérés, une motilité très suffisante, à l'aide de mes mouvements passifs.

Je n'ai pas encore publié en entier cette méthode de mouvements passifs, j'espère néanmoins être à même de le faire cette année ; pourtant quelques cas que j'ai traités avec la gymnastique passive sont décrits dans la *Revue centrale de médecine générale*, 1897, sous la rubrique : « Mouvements employés comme cure des inflammations articulaires, par le Dr Otto Thilo, Riga», et dans la même Revue centrale, 1897, n° 54 : « Pour le traitement des fractures de la rotule » (Patella). Je ferai observer finalement que mes appareils peuvent servir à mesurer les forces dans des buts diagnostiques et qu'ils sont très appropriés aux exercices en masse dans les hôpitaux.

Etant donné que l'influence morale à exercer sur le malade est d'une très grande importance dans tout ce traitement de mouvements gymnastiques, il me semble que nos collègues en névrologie sont tout particulièrement appelés à se servir avec succès de mes appareils à exercices.

Épilepsie et Trépanation ;

Par le Dr F. BOISSIER,
Ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine.

Parler de craniotomie en matière d'épilepsie dite idiopathique, c'est énumérer des insuccès. Ce discrédit de la chirurgie cranienne pure a conduit aux excisions de matière cérébrale, prélevée dans les régions corticales correspondant aux points de départ des phénomènes convulsifs; dans cet ordre de faits les statistiques ne sont pas plus heureuses. Après la plupart des échecs on a émis l'espoir qu'en se plaçant dans des conditions meilleures, le résultat pourrait être positif; mais en fait il ne l'a été que dans des cas spéciaux où l'on tombait sur des épilepsies jacksonniennes méconnues. Quant au processus jacksonnien lui-même, quelque manifeste qu'il soit, quelque précis qu'en aient été les diagnostics et les localisations, il faut noter des cas innombrables où l'ablation même de la lésion causale n'a pu amener qu'une période relativement courte d'amélioration comme pour le morbus sacer ordinaire. Et l'on voit en y regardant de près, que dans tous les cas de guérison confirmée il y avait tumeur énucléable, kyste, esquille ou exostose, et presque toujours d'origine récente. Les cicatrices corticales, les foyers de méningo-encéphalite, les vieilles hémorrhagies ont laissé généralement les opérations inefficaces. Telford Smith entre autres a très bien montré : que dans cet ordre de faits l'habitude convulsive, dès qu'elle remonte un peu loin, est si puissante, et que les altérations visibles ou non de l'écorce sont si stables, que l'intervention est régulièrement inutile. Dans les cas de traumatisme avéré eux-mêmes, 4 p. 100 seulement des opérés guérissent et encore à la condition que les accidents soient de date récente.

Naught rapporte un cas intéressant à cet égard; les circonstances paraissaient aussi favorables que possible; il s'agissait d'une esquille et d'un kyste. Ce dernier s'était formé juste au-dessous de cette esquille laquelle se dirigeait perpendiculairement contre la surface corticale, l'opération sembla d'abord radicalement curative. Mais l' « habitude convulsive »

restait et sept mois après, les convulsions reparaissaient à la moindre excitation toxique ou autre. Sans m'engager en rien dans la bibliographie déjà connue de cette question, rappelons en route les vingt-cinq insuccès signalés par Lavista et les deux faits de Luntz dont un échec et un résultat douteux; je voudrais seulement faire aussi allusion aux deux cas de Collins (*Brain*, 1896, p. 366) qui présentent, surtout le premier, une grande analogie avec celui qui fait l'objet de cette note. Un jeune homme ayant subi un traumatisme céphalique est pris dans la suite de crises épileptiformes à localisation corticale très nettement déterminables. Il est opéré deux mois seulement après la première attaque. Quatorze mois après l'opération le patient n'a pas eu de nouvelle crise ; mais on ne s'est pas borné à trépaner, on a enlevé une aire d'écorce grise qui s'est trouvée atteinte de méningo-encéphalite chronique en foyer. Une jeune femme dans des circonstances analogues mais sans traumatisme opérée de la même façon (prolifération névralgique, atrophie des cellules pyramidales, hémorrhagies punctiformes) reste sans attaques depuis plusieurs mois. Mais l'auteur prudent a continué le bromure à haute dose et avertit ses lecteurs qu'il ne juge pas le temps écoulé suffisant pour considérer ses malades comme guéris. Dans l'histoire qui va suivre, le cerveau ne fut pas entamé et l'opération fut plus tardive; en tout cas j'ai cru intéressant de la publier ici, ne serait-ce que pour répondre à l'enquête ouverte par M. Bourneville. Le caractère jacksonnien avait paru si évident que l'intervention s'imposait, les suites n'en furent pas moins défavorables. Il s'agit d'une fillette qne j'ai longtemps suivie à l'asile de Villejuif dans le service de mon maître M. Marcel Briand et dont il a bien voulu me permettre de rapporter l'observation :

SOMMAIRE. — *Père alcoolique; malade bien partante jusqu'à huit ans. — Traumatisme, attaques épileptiformes à fréquence croissante depuis cette époque. — Débilité mentale; trépanation pendant un état de mal grave; suspension de tous les symptômes; récidive après trois mois; mort au cours d'un état de mal.*

Léonie L... était, à son arrivée à Villejuif en 1889, une fille de treize ans très brune, d'aspect enfantin et paraissant à peine onze ans bien que robuste et plutôt grasse. Les joues sont fermes et

rondes, le visage un peu hébété, les lobules des oreilles sont adhérents, la voûte palatine étroite, le front bas, la chevelure très épaisse ; la malade est réglée depuis quelques mois. Le père a fait son service militaire en Afrique où il a eu les fièvres intermittentes et où il a fait de notables excès alcooliques. La mère bien équilibrée nie tout passé pathologique et paraît jouir d'une belle santé. L'unique frère de la malade a neuf ans, il est intelligent et bien portant, Léonie est venue au monde bien constituée à la suite d'un accouchement normal, elle n'a pas eu de convulsions dans la première enfance, l'évolution dentaire s'est passée sans incidents, elle n'a subi aucun trouble intellectuel, infectieux ni traumatique jusqu'à l'âge de huit ans. A cette époque elle serait rentrée un jour portant au côté droit de la tête, au-dessus de l'oreille, une plaie assez profonde, saignant abondamment et produite par la pointe en fer d'une toupie de bois qu'on lui aurait lancée par maladresse. Peu d'instants après se serait déclarée une série de crises convulsives ayant duré cinq heures, avec émission involontaire d'urine et de matières fécales. Au dire de la mère, l'enfant passa ensuite huit jours au lit en proie à des troubles que le médecin de la famille aurait qualifiés de méningite. La convalescence arriva, mais les crises se renouvelèrent de loin en loin et finirent par revenir assez régulièrement toutes les quatre ou cinq semaines. Les choses durèrent ainsi pendant deux ans, les attaques cependant avaient augmenté de fréquence et une fois ou deux par an, en mars et en juillet ordinairement, survenaient des séries d'attaques constituant un véritable état de mal. En 1898 cet état de mal fut suivi d'émiplégie gauche plus accentuée au bras et qui dura deux mois en s'atténuant graduellement. Même phénomène en 1899. Sur les conseils de voisins ou amis Léonie fut alors placée à la Charité dans le servlice de Luys pour y être traitée par la suggestion hypnotique et les aimants. Le résultat fut nul, Les crises augmentèrent encore de fréquence et d'intensité, quelques-unes furent suivies de troubles mentaux et de la Charité l'enfant fut transférée d'office à l'Admission de l'Asile Clinique d'où elle passa immédiatement à Villejuif dans le service de M. Briand.

Les crises convulsives avaient donc fait leur apparition après un traumatisme du côté droit de la tête. elles frappaient d'abord et surtout le côté gauche du corps et de la face, depuis leur invasion l'intelligence de l'enfant avait cessé de se développer et demeurait lente et obtuse. Ces attaques révélaient exactement la forme suivante : Léonie éprouvait une aura sensitive bizarre, c'était d'abord des fourmillements dans la main gauche, puis l'impression d'avoir deux bras du côté gauche, et celle que ces deux bras gauches étaient serrés progressivement depuis le poignet jusqu'à l'aisselle, à ce moment elle tombait et les mouvements convulsifs se produi-

saient débutant par la main gauche, gagnant bientôt tout le membre supérieur, les muscles de la face et l'orbiculaire des paupières du même côté, ensuite le membre inférieur. La crise finissait par se généraliser, le corps se raidissait, les poings fermés, la tête et les yeux déviés à gauche, après une série de mouvements cloniques arrivait une période de stertor avec rougeur de la face et écume aux lèvres. Après les fortes crises il restait un peu d'hébétude. Il n'y avait pas de cri initial, pas de morsure de la langue et pas d'émission involontaire d'urine, du moins dans les crises isolées. La perte de connaissance était rarement complète, souvent nulle, le souvenir de l'attaque était conservé, parfois même on pouvait au cours de celle-ci provoquer des réponses raisonnables que l'enfant se rappelait ensuite. Le côté gauche présentait toujours des mouvements convulsifs plus intenses que le droit, dans les petites crises il était même seul intéressé.

Au moment de son arrivée dans le service la fréquence de ces accidents était moyenne; de une à trois fois par mois, de temps en temps en série de trois ou quatre, les séries les plus fortes laissant presque toujours après elles une paralysie ou parésie du bras gauche qui se dissipait peu à peu. L'intelligence était déjà très atteinte, la malade ne faisait aucun progrès à l'école de l'asile, elle n'écoutait pas, répondait évasivement par des monosyllabes à toutes les questions, se négligeait, abîmait ses vêtements, restait inerte et indifférente à tout, et se plaignait seulement de mal à la tête. Elle fut soumise au traitement médical rationnel très attentivement appliqué mais sans aucune amélioration. Les crises augmentèrent même de fréquence en 1890. Au commencement de 1891 encore léger accroissement, enfin au mois de mars de la même année un état de mal très grave survient. Le 20 mars 68 attaques le jour et 80 la nuit, le 23 75 attaques le jour et 102 la nuit; la température s'élève, la tête est très chaude, la bouche reste déviée entre les crises qui durent chacune une minute sans perte de connaissance; les mouvements volontaires sont impossibles dans les membres du côté gauche, et bien que le bras de ce même côté soit anesthésique à la piqûre d'épingle il est le siège d'une sensation spontanée de brûlure très douloureuse; les lèvres deviennent fuligineuses, le pouls est petit, la malade s'amaigrit et souffre de plus en plus, l'état général est très précaire; les crises tendent à devenir subintrantes. La présomption très justifiée d'épilepsie jacksonnienne avait déjà fait songer à l'intervention chirurgicale, seule l'ancienneté des troubles avait fait hésiter, mais devant l'imminence d'une issue fatale cette intervention est décidée. L'opération fut faite le 24 mars en plein état de mal par MM. Pozzi et Picqué.

Les centres corticaux correspondant aux mouvements convulsifs

initiaux (main et bras gauches) furent aisément déterminés. Une première couronne de trépan est appliquée à un demi-centimètre à droite de la suture interpariétale et à deux centimètres et demi en arrière de la soture coronale, une seconde en dehors et une troisième en arrière de la première. Les trois rondelles enlevées, on élargit l'ouverture et on en régularise les bords à la gouge, de façon à former un orifice osseux unique découvrant un champ triangulaire de cinq centimètres de côté. Le crâne est épais (6 millimètres) la dure-mère ne présente rien d'anormal, la pie-mère est congestionnée, mais il n'existe pas de lésion visible, ni esquille, ni exostose, ni trace d'hémorragie ancienne. Des ensemencements faits sur agar et gélatine avec les liquides recueillis dans la plaie subdurale sont restés stériles. La plaie est refermée, la réunion se fait par première intension. Dès le premier jour le nombre des accès était tombé à 18 le jour et 8 la nuit, le second jour 3 accès seulement, le troisième jour la température est redevenue normale ; la motilité volontaire du côté paralysé revint graduellement, les examens dynamométriques montrant un progrès journalier. Le 3 avril quoique la démarche soit encore lente elle est possible, et chose que la malade n'a pas fait depuis très longtemps elle lit et s'intéresse à tout ce qu'on lui dit et lui montre ; elle n'a plus d'attaques depuis le 27 mars ; en mai elle fait des progrès à l'école et prend une part active aux jeux des autres enfants, la transformation est absolue, le développement physique et intellectuel semble avoir repris son essor. En juin voyant le terrain gagné et ne demandant qu'à croire Léonie guérie j'envoyai son observation avec tous les détails journaliers de l'opération et de ses suites à M. Pozzi qui me l'avait demandée, mais qui heureusement jugea plus prudent ne la point publier encore. En effet le 25 juin un léger vertige se produisit, la malade ayant reçu une mauvaise nouvelle nous crûmes à une lypothymie. Mais le 1er juillet la malade souffrit de la tête et ent plusieurs vertiges le soir. Le 11 septembre, nouveau vertige peu intense suivi d'un peu d'hébétude.

A partir de ce jour l'intelligence redevient paresseuse. Le 23 octobre autre vertige suivi de deux heures d'hébétude ; enfin en décembre crises convulsives complètes et en série. Le 7 janvier 1892 survint sans crises un accès d'excitation maniaque qui dura quelques jours. Dans la suite l'état de la malade redevint exactement ce qu'il avait été pendant toute l'année qui avait précédé l'opération. Les attaques sont aussi fréquentes qu'en 1890-91, elles ont exactement la même marche et le même caractère (bras, face, jambe gauches, conservation de la conscience), enfin le 8 février survient un *état de mal* au cours duquel pendant une crise Léonie fait signe avec son bras droit encore libre que le

gauche convulsé lui fait très mal, et cela pour répondre à une question qu'elle a pu répéter après. A ce moment en palpant la cicatrice cranienne on sent encore les bords restés nets de la plaie osseuse toujours béante... En 1892, 1893, 1894, la situation reste identiquement la même ; crises revenant par petites séries de loin en loin, nombreuses attaques isolées ou vertiges dans l'intervalle, état de mal en mai 1893 (jusqu'à 160 accès en un jour). En 1894 état de mal vers la même époque. Au cours de ces trois années, Léonie a sensiblement grandi, mais son intelligence est restée fort arriérée, la tête est restée petite, les bords de la plaie osseuse sont devenus mousses, l'orifice craniotomique s'est rétréci et tend à s'oblitérer, bien que la cicatrice cutanée reste déprimée en cratère. Enfin en avril 1895 Léonie meurt au cours d'un état de mal très grave.

N'ayant malheureusement pas pu assister à l'*autopsie*, je n'ai pu que recueillir les souvenirs d'un de mes collègues qui s'y trouvait présent. La dure-mère ne présentait rien d'anormal, la pie-mère était hyperhémiée et l'écorce grise avait revêtu la teinte hortensia comme cela se produit généralement dans les cas de mort par suite d'état de mal. Sur quelques points disséminés la congestion était plus intense et correspondait à des foyers d'encéphalite superficielle dont quelques-uns anciens pouvaient remonter aux états de mal antérieurs. Le cerveau était petit, je n'ai malheureusement pas pu obtenir d'indications plus précises à cet égard. Quant au crâne, que j'ai pu recueillir grâce à l'obligeance de M. M. Briand, il est franchement microcéphale et correspondrait à celui d'une enfant ayant cinq ou six ans au moins au-dessous de l'âge de Léonie. Mais ici comme dans tous les cas semblables et comme M. Bourneville l'a si bien montré, il ne s'agit nullement d'un crâne précocement ossifié et aux sutures soudées comprimant un encéphale qu'il empêche de s'accroître, c'est simplement un crâne bien conformé et s'adaptant librement aux dimensions naturellement réduites d'un cerveau originellement petit. Toutes les sutures sont parfaitement libres et très marquées, les sinuosités longues bien dessinées en conservent toute la laxité désirable comme dans les têtes les plus normales d'enfants du même âge. Le diamètre fronto-occipital mesuré directement sur l'os est de 17 centimètres, le diamètre entre les deux bosses pariétales est de 134 millimètres. La calotte est extrêmement lourde et épaisse, chose fréquente d'ailleurs en pareil cas, les pariétaux et le frontal présentent dans leur portion temporale une épaisseur de 7 millimètres ; dans sa partie moyenne le frontal atteint 14 millimères, l'occipital près de sa pointe supérieure où siège un gros os wormien n'a pas moins de 11 millimètres d'épaisseur. (*Fig.* 4 et 5.)

L'orifice de *trépanation* s'est en grande partie comblé, et serait

arrivé à une occlusion totale si la malade avait survécu. C'est à peine si l'on retrouve la trace des bords de l'ancien orifice, que



Fig. 4. — Face convexe du crâne : craniectomie en voie de réparation.

j'ai indiqués sur la pièce par un pointillé noir. L'os s'est régénéré peu à peu de la périphérie vers le centre selon un processus lent

et régulier et le terrain ainsi regagné sur tout le pourtour du trou est d'un demi-centimètre au moins. Mais à la partie antérieure la



Fig. 5. — Face interne du crâne : craniectomie en voie de réparation.

prolifération osseuse a été plus rapide et plus intense, elle s'est étendue en nappe de substance éburnée blanche et dure formant

de larges promontoires dont deux se sont rejoints et constituent déjà un pont complet. Cette lame éburnée occupe un plan très inférieur à la surface externe du crâne, elle semble en continuité avec la table interne du pariétal, mais au lieu de reproduire la convexité externe de cet os, elle tend plutôt à se déprimer formant convexité interne et par suite tendant à diminuer d'autant la capacité de la boite cranienne ; ce qui est enore entièrement d'accord avec les observations de M. Bourneville. Ce pont et les promontoires tendant à oblitérer l'orifice opératoire divisent celui-ci en deux, un petit antérieur mesurant un peu moins de 1 centimètre carré ; un autre allongé mesurant 3 centimètres et demi de long sur 17 millimètres de large, alors que l'ouverture primitive mesurait 5 centimètres de côté. (*Fig.* 4 et 5.)

L'histoire préépileptique de cette malade aussi bien que la forme et le caractère de ses attaques devaient nécessairement faire penser à des accès jacksonniens ; et certainement à ce point de vue l'intervention chirurgicale se justifiait pleinement. Seuls quelques signes de dégénérescence (oreilles, voûte palatine) et l'alcoolisme du père pouvaient faire songer à un autre genre d'épilepsie et faire hésiter, la malade devait en tout cas profiter de la présomption prépondérante, ce qui fut fait. Mais si la marche fut ce qu'elle est toujours en pareil cas même dans le cas de trépanation spontanée rapportée par Jacquin, si l'opération n'amena qu'un bien-être et un renouveau de trois mois on peut dire qu'ici elle amena aussi une survie de trois ans et qu'ayant eu lieu au cours d'un état de mal et presque à l'agonie de la malade, la gravité de la situation céda aussitôt. A part ce dernier détail les circonstances de la maladie et les lésions trouvées à l'autopsie rapprochent ce fait du premier cas de Collins cité plus haut.

Est-ce à dire cependant que si l'on eût excisé une zone d'écorce on eût été plus heureux. Je ne le crois pas, car les foyers d'encéphalite s'étendaient à des régions autres que celle où avait siégé la trépanation, et l'on sait combien dans de tels cas ce procédé s'est trouvé inefficace. Enfin chez le malade de Collins l'affection était récente, et l'auteur lui-même croit devoir attendre encore avant de croire à la guérison ; et on peut avec Winkler dire que la question thérapeutique des épilepsies n'est pas toute dans la détermination

du point de départ des décharges convulsives ; que « le stimulant provocateur toxique, mécanique ou autre » peut siéger ailleurs et que c'est lui qu'il faudrait connaître et pouvoir atteindre. « L'indication d'une intervention chirurgicale ne sera donc jamais fournie par l'existence d'une épilepsie dite jacksonnienne ou idiopathique ; il faut chercher la lésion qui produit les décharges... Il n'y a pas de chirurgie des épilepsies, il y a celle du cerveau et du crâne. » (Winkler.) Je ne dis pas qu'il faille être aussi absolu, en tout cas si l'ouverture du crâne me paraît définitivement jugée dans le morbus sacer idiopathique, il faut encore choisir parmi les cas jacksonniens d'apparence ceux que l'on croit devoir opérer et ne le faire qu'avec une confiance réservée dans l'efficacité finale de l'intervention.

PATHOLOGIE NERVEUSE.

Méningo-myélite syphilitique avec signe d'Argyll-Robertson ;

Par CESTAN,
Chef de clinique à la Salpêtrière.

Nous avons pu observer dans le service de notre maître le professeur Raymond, quatre malades atteints de méningo-myélite syphilitique avec signe d'Argyll-Robertson.

Observation I. — Lej..., cinquante-sept ans, cordonnier. Absence d'antécédents héréditaires. Le malade né à terme, n'a pas eu de convulsions; a été atteint de fièvre typhoïde à l'âge de quinze ans; a contracté la syphilis au régiment ; 18 mois après, iritis de l'œil gauche et dans la suite deux fausses couches de sa femme. Le malade nie tout excès alcoolique.

La maladie actuelle a débuté à l'âge de cinquante-quatre ans, trente ans par suite après le chancre, par des douleurs fulgurantes revenant par crises, parcourant la face postérieure des membres

inférieurs et déterminant par leur intensité du dérobement subit des jambes ; ces troubles sensitifs sont bientôt suivis de parésie vésicale, de constipation, puis d'une lourdeur et d'un engourdissement des membres inférieurs. L'état s'est ainsi peu à peu aggravé et la démarche a pris le caractère nettement spasmodique.

Le malade est grand, bien constitué, ne présentant ni troubles cardiaques, ni troubles pulmonaires. Son intelligence est normale, il répond parfaitement et d'une voix normale à toutes les questions. La *démarche est spasmodique*, entraînant une usure de la pointe des souliers ; *tous les réflexes tendineux* (*massétérin*, *bras*, *rotuliens*, *tendon d'Achille*) *sont exagérés*, *avec trépidation spinale bilatérale ; le réflexe cutané plantaire se fait en extension des deux côtés*. Le malade est obligé de pousser en urinant et se plaint de constipation opiniâtre. Il présente une hypoesthésie des membres inférieurs et se plaint d'une lourdeur lombaire. Le réflexe crémastérien est conservé et le signe de Romberg fait défaut. Il n'existe ni atrophie musculaire, ni troubles trophiques. Les mouvements volontaires des mains s'exécutent sans tremblement, la parole est normale. L'examen des yeux dénote l'absence de nystagmus et de diplopie. Mais les pupilles sont en myosis et la paupière supérieure tombante, comme on l'observe dans le tabes ; d'ailleurs nous trouvons très nettement *à droite le signe d'Argyll Robertson ;* il est impossible, de par les traces de l'ancienne iritis survenue pendant le service militaire, d'apprécier nettement le réflexe pupillaire de l'œil gauche ; le fond d'œil est normal.

Observation II. — J..., quarante-neuf ans, femme de ménage. Absence d'antécédents héréditaires. Syphilis conceptionnelle ; le mari est mort en effet de paralysie générale ; la malade aurait eu 9 grossesses, et nous y avons relevé 2 fausses couches ; 4 enfants morts dans les premiers mois avec des éruptions pemphigoïdes et un coryza dès la naissance. La maladie a débuté en 1898, par une diplopie transitoire, puis par des douleurs lombaires accompagnées de constipation, de fourmillements dans la plante des pieds, de parésie des membres inférieurs. Cet état a peu à peu progressé. Actuellement, l'état général est excellent. La démarche est nettement spasmodique avec usure de la pointe des souliers, sans caractère cérébelleux ; *les réflexes sont très exagérés* (massétérin, bras, rotulien, tendon d'Achille) avec *trépidation spinale*. Le réflexe cutané plantaire se fait en extension des deux côtés. Constipation opiniâtre. Absence de troubles de la sensibilité objective ou subjective ; sens articulaire conservé ; absence d'incoordination motrice et de signe de Romberg. Absence d'atrophie musculaire et de troubles trophiques. Les mouvements volontaires des mains s'exécutent sans tremblement et sans incoordination ; la malade accuse des fourmillements dans la sphère du cubital.

L'examen des yeux montre l'absence de nystagmus et de diplopie, mais, met en évidence, le *signe d'Argyll-Robertson* ; le fond de l'œil est normal. L'intelligence et la mémoire ne sont pas diminuées ; la parole est tout à fait normale.

Observation III. — Or..., soixante-un ans, boulanger. Absence d'antécédents héréditaires et personnels. Syphilis en 1883 avec cortège classique d'accidents secondaires. La maladie actuelle a débuté en 1887 par des douleurs lancinantes, dans le trajet du sciatique droit et qui ont cédé à un traitement iodo-mercuriel intensif. Trois années, ces douleurs reviennent avec les mêmes caractères, amenant parfois par leur intensité un dérobement des jambes. Depuis, en 1895, surviennent une légère constipation et une légère rétention d'urine, et en 1898, une parésie des jambes qui rend la marche très difficile. A l'heure actuelle, la démarche est pareto-spasmodique, sans incoordination motrice, accompagnée de crampes dans les deux mollets. Les *réflexes rotuliens et du tendon d'Achille sont exagérés* mais il n'existe pas de trépidation spinale. Les *réflexes osseux et tendineux des bras sont forts, le réflexe massétérin est exagére*. La sensibilité extrême de la plante du pied empêche la recherche du réflexe cutané plantaire, le moindre frôlement est en effet suivi d'un retrait convulsif du pied. Le malade se plaint de douleurs fulgurantes sur le trajet des deux sciatiques mais la sensibilité objective est normale ; il est atteint d'une légère rétention d'urine. Enfin les deux yeux sont en myosis et présentent nettement le *signe d'Argyll Robertson*.

Observation IV. — Can..., trente-trois ans, couturière. Père mort d'hémorragie cérébrale. Famille nerveuse. Pas d'antécédents personnels, Deux fausses couches dont la première suivie d'une céphalée intense ayant duré deux mois. Salpingite en 1892. Début de la maladie en 1897 par des sensations de froid et de chaud sur les jambes, une pesanteur lombaire, des douleurs lancinantes dans les jambes, une paraplégie progressive, des troubles des sphincters. A l'heure actuelle, la démarche est paréto-spasmodique sans incoordination motrice, accompagnée de crampes dans les deux mollets. Les *réflexes tendineux des membres inférieurs sont très exagérés, avec trépidation spinale bilatérale; le réflexe cutané plantaire se fait en extension des deux côtés*. On constate quelques troubles sphnictériens, mais on ne relève ni atrophie musculaire des jambes ni troubles objectifs de la sensibilité; la force musculaire segmentaire est assez bien conservée. Les réflexes des bras sont exagérés ; il n'existe ni tremblement intentionnel, ni troubles de la parole, ni nystagmus, ni incoordination cérébelleuse. La malade aurait présenté de la diplopie en 1892. Actuellement elle

fait défaut, mais les deux pupilles sont *ovalaires, en myosis et présentent le signe d'Argyll-Robertson.*

En résumé, nos 4 malades sont des syphilitiques qui se présentent à nous sous deux aspects, avant tout l'aspect spasmodique bien connu de la paraplégie syphilitique du type Erb avec l'évolution progressive, l'exagération des réflexes tendineux, la trépidation spinale, le signe des orteils de Babinski, les troubles urinaires, les douleurs lombaires; d'autre part, l'aspect tabétiforme par la présence du signe d'Argyll-Robertson. Comment pouvons-nous interpréter cette association morbide?

Dès 1893, en France, M. Gilles de la Tourette attirait l'attention sur une variété particulière de myélite syphilitique qu'il dénommait myélite syphilitique pseudo-tabétique, et que son élève, M. Schwanhard, étudiait dans sa thèse inaugurale, en 1897. La ressemblance de cette myélite avec le tabes est créée non par l'absence des réflexes rotuliens, point qui est au contraire la caractéristique de la forme décrite par M. Sottas sous le nom de myélite pseudo-tabétique, mais par l'existence de troubles sphinctériens, du signe de Romberg et de douleurs fulgurantes associés à l'exagérat-on des réflexes tendineux et à la trépidation spinale. « C'est chez ces malades qu'on trouve des troubles oculo-pupillaires fréquents consistant en myosis unilatéral ; il existera en même temps un certain degré de rétrécissement de la fente palpébrale. » Ces troubles oculaires seraient causés par une lésion de la VIIIe racine cervicale d'où partent les filets du grand sympathique se rendant à la pupille. En somme, tous ces accidents, troubles pupillairès, douleurs fulgurantes, exagération des reflexes, troubles des sphincters sont sous la dépendance de l'infiltration soit de la moelle, soit des racines créée par la méningo-myélite syphilitique.

Il semble bien, au premier abord, que nos malades sont des exemples de cette variété de méningo-myélite syphilitique isolée par M. Gilles de la Tourette. Mais, point très important, et que nous voulons surtout mettre en lumière, nos malades diffèrent de ce type par un signe nouveau, le signe d'Argyll-Robertson.

Certes, nous ignorons encore le mécanisme pathologique qui produit ce signe. Ne faudrait-il pas, d'ailleurs, en pre-

mier lieu, connaitre la physiologie exacte, les centres et les voies de conductibilité du reflexe pupillaire à la lumière. Or, sur ce point, aussi nombreuses sont les questions que l'on doit se poser, aussi significatif est le silence des physiologistes. Existe-t-il un seul centre cervical dilatateur de la pupille, le centre de Budge d'où partiraient les fibres nerveuses qui gagnent ensuite la voie du sympathique cervical? Existe-t-il, au contraire, deux centres isolés ou associés entre eux, l'un cervical réagissant surtout aux excitations sensitives de la peau, l'autre bulbaire, réagissant à l'excitation lumineuse, sensorielle ? Quelle est l'action exacte des fibres issues de ce centre dilatateur, action d'inhibition sur le centre bulbaire constricteur ou action dilatatrice directe sur la pupille? Quelle est la voie du reflexe lumineux parti de la rétine pour aboutir à la pupille ? Où siégera la lésion qui le supprimera tout en conservant l'action de l'accommodation à la distance : fibres spéciales à grosse gaine de myéline du nerf optique, ganglion de l'habenula, centre bulbaire dilatateur, centre cervical, conducteur réunissant ces deux centres? Voilà autant de questions posées et non résolues encore par les physiologistes et les anatomo-pathologistes.

Aussi ne devons-nous pas nous éloigner du terrain de la clinique. Dans cet ordre d'idées, nos malades diffèrent essentiellement des malades de M. Gilles de la Tourette. Dans sa forme pseudo-tabétique, on constate un myosis et une diminution de la fente palpébrale causés, selon toute vraisemblance, par une lésion radiculaire atteignant l'origine du sympathique cervical. Or, la physiologie et les interventions chirurgicales sur le grand sympathique nous démontrent que la sympathectomie ne détermine jamais le signe d'Argyll-Robertson, mais uniquement du myosis avec rétrécissement de la fente palpébrale et rétraction du globe oculaire. A ce point de vue, très intéressante devient l'observation de MM. Déjerine et Mirallié (*Archives de physiologie*, 1895), puisque leur malade, syringomyélique, présentait du côté gauche les signes de la lésion du grand sympathique (myosis, diminution de la fente palpébrale, sans signe d'Argyll); du côté droit, au contraire, le signe d'Argyll-Robertson. Ainsi nous ne pouvons supposer chez nos malades qu'une lésion de méningo-myélite irritant la Ire paire dorsale ait pu créer la perte du réflexe lumineux.

Faut-il, dès lors, admettre que nos malades présentent une association morbide ? Un premier problème serait aussitôt à résoudre, le nombre des maladies au cours desquelles on peut observer le signe d'Argyll. Or, M. Parinaud dit l'avoir observé dans quelques cas d'hémiopie corticale, sans préciser d'ailleurs la cause de cette hémiopie. M. Déjerine l'a vu unilatéral dans un cas de syringomyélie ; MM. Sauvineau et Lévy, bilatéral dans un autre cas de syringomyélie-tabétiforme. Ce sont là des faits exceptionnels et nos malades ne rentrent pas dans ces deux groupes. Au contraire, tous les neurologistes reconnaissent que le signe d'Argyll est un des meilleurs signes du tabes et de la paralysie générale. Or, il ne faut pas oublier le rôle si important de la syphilis dans l'éclosion de ces deux maladies ; d'autre part, M. Babinski et son élève, M. Charpentier, dans la syphilis héréditaire ou acquise, ont pu observer le signe d'Argyll en dehors de tout autre trouble du système nerveux. Faut-il, dès lors, faire de la syphilis la cause fréquente, sinon exclusive du signe d'Argyll, problème très important que des recherches statistiques nombreuses pourront seules établir. Quoi qu'il en soit, voilà une hypothèse qui peut expliquer la perte du reflexe lumineux chez nos malades, la syphilis créant la myélite spasmodique et le signe d'Argyll, ce dernier, par une lésion encore inconnue. Cependant nous ferons remarquer que ce signe n'a été que très rarement observé au cours des myélites syphilitiques dont la fréquence est pourtant assez grande.

Nous sommes ainsi amenés à examiner une deuxième hypothèse, celle de l'association d'un processus tabétique à un processus de myélite syphilitique. Nos malades ne sont pas en effet exclusivement des tabétiques. On peut bien observer chez des ataxiques l'existence du signe d'Argyll Robertson avec la persistance ou l'inégalité des reflexes rotuliens, mais dans le cours d'un tabes normal non compliqué nous n'avons jamais constaté ni l'exagération des reflexes rotuliens ni le signe des orteils de Babinski ; nous avons examiné une trentaine de tabétiques ; chez eux, le reflexe cutané plantaire ou n'existait plus, ou se manifestait par la flexion du gros orteil, de telle sorte que le signe de Babinski, comme nous l'avons montré dans des travaux antérieurs, vient nous révéler avec certitude la lésion du faisceau pyramidal. D'autre part, nos

malades ne sauraient être considérés comme des paralytiques généraux de par l'évolution de la maladie et de par l'intégrité absolue de leur intelligence. Dès lors, comment peut-on concilier ces deux termes, qui semblent disparates : spasmodicité et tabes? Dans un travail antérieur, nous avons essayé de démontrer que chez les tabétiques qui ont perdu *complètemeut* les reflexes tendineux, une sclérose du faisceau pyramidal n'entraîne pas une contracture spasmodique conformément à la loi de Westphal, des scléroses médullaires combinées, et se manifeste uniquement par le signe des orteils de Babinski. Mais il en est tout autrement si les reflexes tendineux persistent, modalité clinique que l'on peut observer dans le tabes. Dans ce dernier cas, la sclérose pyramidale provoquera l'exagération des reflexes tendineux. Nous pouvons, par suite, supposer que nos malades sont des tabétiques avec signe d'Argyll et persistance des reflexes tendineux ; leur faisceau pyramidal va se scléroser, ils seront des lors des spasmodiques avec signe d'Argyll. Très rarement la lésion du faisceau pyramidal siégera dans le cerveau, créant ainsi une hémiplégie ou une diplégie cérébrale syphilitique avec signe d'Argyll, comme nous avons pu en observer un bel exemple dans le service de notre maître, le professeur Raymond : homme atteint dans l'enfance d'une hémiplégie cérébrale droite spasmodique ; prend la syphilis, présente des douleurs fulgurantes, des troubles sphinctériens, le signe de Romberg, le signe d'Argyll ; fait ensuite une hémiplégie cérébrale gauche, de telle sorte qu'il se présente avec une paralysie spasmodique créée par une double lésion cérébrale, la droite relevant de l'enfance, la gauche provoquée par la syphilis cérébrale, paralysie qui évolue avec des douleurs fulgurantes et le signe d'Argyll.

Mais nos 4 malades sont des spasmodiques médullaires par l'absence *d'ictus*, de troubles bulbaires et cérébraux, par l'évolution lente et caractéristique de leur maladie, aussi peut-on admettre que chez eux la syphilis a créé une lésion médullaire combinée, d'une part une myélite chronique progressive du type Erb, d'autre part des lésions tabétiformes. Cette association a été en effet décrite par plusieurs auteurs: Kuh, Dinckler et Marinesco, et le cas de Dinkler est particulièrement intéressant : homme syphilitique présentant des troubles pupillaires, des douleurs fulgurantes et l'exagéra-

tion des reflexes tendineux ; bientôt les reflexes se suppriment, créant ainsi le tableau d'un tabes légitime. A l'autopsie on constate des lésions tabétiformes des cordons postérieurs et une méningite médullaire prononcée (Deutsche Zeit, für Nervenh. 1893). Ces associations morbides nous étonnent moins à l'heure actuelle, avec les idées régnantes sur l'influence de la syphilis dans la création du tabes. Cependant nous n'avons pas vu signalées des observations de paraplégie spasmodique forme Erb, avec signe d'Argyll. Le plus souvent on décrit soit des myélites créant la symptomatologie du tabes (Oppenheim, Ewald) par l'abolition immédiate des reflexes rotuliens, soit une association de tabes et de myélite avec exagération des reflexes, qui disparaissent bientôt, les symptômes de la myélite s'effaçant tout à fait devant ceux du tabes (cas de Dinkler).

Telles sont les deux hypothèses qui nous permettent d'expliquer la présence du signe d'Argyll chez nos deux malades, d'une part que ce signe soit créé par la syphilis en dehors de toute lésion tabétiforme des cordons postérieurs, par un *mécanisme* encore inconnu, d'autre part qu'il soit l'indice d'une association de lésions tabeliformes avec des lésions de myélite transverse, le signe d'Argyll dénonçant l'altération des cordons postérieurs, la trépidation spinale et le signe des orteils, de Babinski, celle du faisceau pyramidal. L'anatomie pathologique est seule capable d'élucider cette question, et c'est dans ce but que nous avons cru utile d'attirer l'attention sur cette association morbide, paraplégie spasmodique progressive syphilitique avec signe d'Argyll-Robertson.

RECUEIL DE FAITS.

Folie de l'adolescence ;

Par BOURNEVILLE et BELLIN.

La folie de l'enfance et de l'adolescence, malgré quelques mémoires intéressants et entre autres celui de M. Paul Moreau (de Tours) mériterait d'être l'objet d'une étude complète. Nous avons essayé de la faire accomplir par un de nos élèves qui, malheureusement, pressé par les circonstances[1] n'a pu écrire qu'une ébauche imparfaite. Peut-être reprendrons-nous cette tâche un jour, en nous appuyant principalement sur des faits inédits et sur les faits nombreux que nous avons consignés dans les vingt volumes de nos *Comptes rendus* (1880-1899). Ces derniers, observés avec soin, n'ont cependant pas eu le mérite d'attirer l'attention des auteurs de publications récentes. Ceci dit, arrivons à notre nouvelle observation.

SOMMAIRE. — *Père alcoolique, emporté. — Grand'père paternel et Grand'mère paternelle, alcooliques. — Tante paternelle prostituée. — Mère, convulsions fréquentes dans l'enfance, hystérique, internée deux fois à l'asile de Villejuif. — Grand'père maternel, saturnin. — Grand'mère maternelle morte délirante à quarante-huit ans. — Grand'oncle paternel cardiaque, mort subitement. — Grand'tante paternelle, folle. — Un oncle maternel choréique dans l'adolescence. — Un second arriéré. — Un troisième interné à l'Asile clinique. — Un frère mort de méningite.*

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de trois ans en faveur du père.

Grossesse: fréquentes querelles de ménage, coups. — Vomissements abondants pendant les trois premiers mois. — Première dent à dix mois; à cette époque, convulsions. — De dix à douze ans incontinence nocturne d'urine. — Rougeole à quatre ans. — Scarlatine à quatre ans et demi. — Fièvre muqueuse à neuf ans : délire, léger

[1] Filibiliu. *Contribution à l'étude de la folie de l'enfance.*

affaiblissement de la mémoire. — Premiers troubles intellectuels, hallucinations visuelles, folie mystique qui font renvoyer l'enfant de l'orphelinat religieux où elle était placée. — Description de la malade à son entrée. — En mars 1899, délire religieux, durée dix jours. — Hallucinations. — Fin mars : nouvel accès de délire, rémission au bout de quelques jours.

En avril 1899, nouvel accès de folie sans délire religieux, durée quelques jours. — Guérison qui se maintient jusqu'à ce jour (fin mai 1900). — *Développement de la puberté.*

Gassel... (Albertine), née à Paris le 29 octobre 1884, entre dans le service le 4 mars 1899 (quatorze ans et demi).

Antécédents héréditaires. (*Renseignements fournis par sa mère.*) — *Père*, âgé de quarante ans, exerce la profession de cordonnier. Il vit avec une autre femme, depuis son divorce, prononcé il y a six ans. Mme Gas... s'est mariée à vingt et un ans, elle connaissait son mari depuis trois mois. A cette époque, il était sobre, mais quelques années plus tard, il se mit à *boire avec excès* surtout de l'*absinthe*. Dès lors, sa femme fut malheureuse avec lui, il l'injuriait, la battait souvent, si bien que, sur les conseils de ses parents, elle demanda le divorce. Elle ne fournit que peu de renseignements sur les antécédents pathologiques du père de l'enfant. Il avait habituellement une bonne santé, se plaignait seulement de *douleurs de tête* de temps en temps. Il était d'un caractère naturellement emporté.

Son *père*, concierge, d'un caractère violent, fait de fréquents *excès alcooliques* (vin blanc et absinthe). — Sa *mère* est morte d'une maladie dans le ventre (?) : elle *buvait* plus que son mari. — On n'a connu qu'un *oncle* paternel, il était très bien, sobre. Trois *frères*, l'un souffre d'une maladie de cœur, les autres sont très bien portants. — Une *sœur*, mariée, a quitté son mari « pour faire la fête ». — Dans le reste de la famille, on n'a pas connu d'aliénés, mais les alcooliques abondent.

Mère, trente-huit ans, fleuriste et plumassière, aurait eu dans son enfance beaucoup de *convulsions* à la suite desquelles elle serait restée *sourde* jusqu'à l'âge de quinze ans, époque de l'établissement de ses règles. Cette surdité est intéressante à noter, nous la verrons réapparaître plus tard à la suite de *crises hystériques*. Elle accuse parfois de la *céphalalgie*, mais n'a pas de vraies migraines. Elle serait *hystérique* depuis l'âge de vingt-trois ans à la suite d'une « *peur* terrible », causée par son mari ivre qui la poursuivait « armé d'un *tranchet* », menaçant de la tuer. Au début, les crises hystériques étaient très fréquentes, trois par jour. Après un traitement par les douches, elles sont devenues plus rares. A l'âge de vingt-sept ans, des troubles mentaux sont venus s'ajouter à ces crises et ont nécessité son internement à l'asile de

Villejuif. Voici, à ce sujet, les renseignements qui nous ont été fournis par M. le Dr Marcel Briand. Le certificat délivré à la Préfecture de police par le Dr Legras, le 21 mai 1888, était ainsi conçu : « Affaiblissement intellectuel. Dépression mélancolique avec excitation par intervalles. Hallucinations de l'ouïe, refus d'aliments, idées de suicide. Troubles de la parole. Incohérence et enfantillage. »

Le lendemain de l'arrivée à l'Asile Clinique, M. Magnan signait le certificat suivant : « Affaiblissement des facultés avec dépression mélancolique. Excitation passagère. Pleurs, propos incohérents. Inégalité pupillaire. Contusion sur le front. » — Son certificat de quinzaine porte : « Débilité mentale avec idées mélancoliques et idées de persécution. Hallucinations de l'ouïe, surdité. »

En juillet, M. Briand, dans le service duquel elle avait été transférée, formulait ainsi son opinion : « Même état ; à la suite d'une attaque hystérique, surdité. » — En octobre, elle était suffisamment améliorée pour être rendue à sa famille. Le certificat de sortie, délivré le 8 octobre 1898, était ainsi libellé : « Débilité mentale avec accidents hystériques et idées mélancoliques aujourd'hui dissipées, peut être rendue à son père qui la réclame et s'engage à la surveiller. »

Jusqu'à l'âge de trente-six ans et demi, rien de bien particulier à signaler, elle avait des crises de temps en temps et particulièrement au moment de ses règles. A cette époque, elle a été internée de nouveau à Villejuif, sans savoir pourquoi, dit-elle : « Quand j'ai eu mes idées à moi, j'ai été tout étonnée de me trouver là. »

En réalité, on avait dû la faire interner pour troubles mentaux. Le 20 mai, on la trouva chez elle, les yeux hagards, demandant ses enfants, refusant de manger, voulant tout garder pour eux. Dans la nuit du 21 mai, elle s'est levée, a voulu sortir, on a été dans l'obligation de la placer (mai 1897).

Depuis cette époque, elle n'a pas quitté l'asile de Villejuif. Le 6 juillet 1899, elle est venue nous donner des renseignements sur sa famille et celle de son mari, elle a très bien répondu à toutes nos questions, mais elle était dans une bonne période, car depuis un mois elle a été reprise de troubles intellectuels et d'incohérence dans les idées.

Son *père*, sobre, atteint de cataracte, presque aveugle, distribue des prospectus ; avant, il exerçait le métier de peintre en bâtiments. Il aurait eu beaucoup de *coliques de plomb*, des *paralysies saturnines*, mais pas d'attaques d'éclampsie. — Sa *mère* est morte de la *poitrine* à l'âge de quarante-huit ans, elle était un peu « idiote », état qui serait survenu à la suite d'une crise de nerfs (?), — Pas de renseignements sur les *grands parents paternels* ni sur le *grand-père maternel*. La *grand'mère maternelle* serait morte « asthmatique ». — Un *oncle paternel*, cardiaque, sobre, est mort

subitement. — Un autre *oncle paternel* est asthmatique, il est marié, a quatre enfants bien portants ; il a perdu une fille *poitrinaire* à vingt ans. — Une *tante paternelle*, sans enfants, est devenue *folle* à la suite de pertes d'argent, elle aurait été enfermée à Ville-Évrard. — Ni *oncle* ni *tante maternels*. — Trois *frères célibataires*, deux intelligents, dont l'un aurait eu la *chorée* étant enfant. L'autre, *aliéné*, est actuellement *interné* à l'Asile Clinique. Voici, à son sujet, les renseignements qui nous ont été fournis par le Dr Paul Dubuisson :

« Barg... a été placé trois fois à l'Asile Clinique : La première fois du 19 juin 1892 au 23 avril 1893 ; la seconde du 27 juin 1893 au 13 mars 1899 ; la troisième du 16 avril 1899 jusqu'aujourd'hui. Il est toujours entré ici dans les mêmes conditions : Débilité mentale, idées mélancoliques, stupeur, tendances au suicide. — Quand il est sorti pour la seconde fois le 13 mars 1899, il était certainement très amélioré, il travaillait depuis longtemps au jardin de l'asile et semblait en état de s'occuper et de gagner sa vie au dehors. Il est à peine resté un mois en liberté. Depuis le 16 avril 1899 il n'est plus sorti. Pendant quelques années, il a présenté des périodes de lucidité durant lesquelles on a pu le faire travailler. Mais peu à peu ces rémissions sont devenues de plus en plus rares et de moins en moins longues et, maintenant, c'est un type de délirant et d'halluciné chronique. »

Le troisième *frère* aurait été longtemps affaibli intellectuellement ; il va mieux et travaille comme tailleur. Une *sœur*, mariée, n'a jamais présenté d'accidents nerveux ; elle a deux filles, l'aînée, âgée de six ans, aurait eu des *convulsions*. — Dans le reste de la famille, on n'a pas connu d'autres aliénés, et l'on ne trouve rien méritant d'être noté.

Pas de consanguinité. — *Inégalité* d'âge de trois ans en faveur du mari.

Quatre enfants : 1° L'aînée, *fille*, seize ans et demi, n'a jamais eu de convulsions, mais, elle a eu le carreau et est rachitique. Actuellement elle est domestique et se porte assez bien ; — 2° *Notre malade ;* — 3° *Garçon*, mort à deux ans, rachitique, beaucoup de *convulsions*, serait mort de *méningite ;* — 4° *Garçon mort-né* à sept mois et demi. La mère en dehors de son internement vit avec un ami depuis dix ans, elle n'a pas eu d'enfants avec lui.

Antécédents personnels. — A la *conception*, il n'y avait plus d'entente entre les parents. Le père était très porté aux rapports, surtout quand il avait bu. La mère ne peut préciser si l'enfant a été conçue pendant l'ivresse. Au cours de la *grossesse*, elle a reçu, de son mari, de fréquents coups de pied dans le ventre. Pour se soustraire aux mauvais traitements, elle était obligée de se sauver dans la rue ou de se réfugier chez ses parents. Elle a perdu connaissance une fois autour de sa grossesse, elle ignore la durée de

cet évanouissement. Vomissements fréquents pendant les trois premiers mois ; *elle n'a pas eu d'attaques d'hystérie durant sa grossesse.* — L'*accouchement* s'est fait à terme, présentation du sommet, beaucoup d'eau. — *A la naissance*, l'enfant ne présentait rien de particulier. — La mère l'a élevée au sein pendant quatorze mois. — Première dent à dix mois, on ignore à quelle époque la dentition a été complète. — Début de la *marche* à neuf mois, de la *parole* à onze mois. *Propre* à trois ans seulement, et de dix à douze ans, elle a présenté de l'*incontinence nocturne d'urine*. Elle aurait eu des *convulsions* après sa première dent, trois dans la même journée, localisées à la face, n'en aurait jamais eu depuis. — Mise à l'école, elle apprenait bien, plus tard sa mère l'a envoyée en apprentissage comme giletière, elle travaillait convenablement. était docile. — Après l'internement de sa mère, elle a été placée dans un patronage rue de Vaugirard, d'où elle a été envoyée dans un couvent aux Andelys avec sa sœur. Là, d'après celle-ci, « elle se serait beaucoup ennuyée de sa mère » et elle présenta quelques troubles cérébraux, sur lesquels nous reviendrons, ce qui fit qu'on la renvoya au patronage qui la plaça d'office à la Fondation Vallée.

Chez elle, l'enfant n'était pas dévote. Elle était douce, docile, mais, de temps en temps, depuis l'âge de douze ans, elle riait et pleurait sans motif. Au cours de sa treizième année, elle aurait eu plusieurs *lipothymies*.

Comme *maladies infectieuses*, nous avons à relever : rougeole à quatre ans, scarlatine à quatre ans et demi, fièvre typhoïde à neuf ans, durée trois mois; aurait eu, au cours de cette fièvre, du *délire* durant trois ou quatre jours; consécutivement, légère diminution de la mémoire. Beaucoup de gourme de dix à onze ans, otorrhée gauche vers la même époque. Adénite cervicale. — Oxyures, rendus par le rectum et par la bouche.

Les premiers troubles intellectuels se sont montrés pendant le séjour de l'enfant aux Andelys; ils ont débuté fin février 1899 et ont duré six jours. Elle croyait être Jeanne d'Arc ; une de ses compagnes du couvent l'appelait « Albertine d'Arc », elle avait des visions sacrées : l'une de ses compagnes lui semblait avoir le visage éclairé et ressembler à un ange, elle voyait le cœur sacré de Jésus.

On la renvoya à Paris, le 2 mars 1899. Le Dr Legras donna le certificat suivant : « Atteinte de troubles intellectuels qui paraissent liés à l'hystérie, loquacité, agitation, propos déraisonnables. — Hallucinations visuelles, fréquence du pouls. — Génuflexions fréquentes pour implorer son pardon du bon Dieu... etc. » Durant son passage à l'Asile Clinique, elle aurait offert les mêmes symptômes.

Etat actuel à son entrée à la Fondation (4 mars 1899). — L'enfant présente un visage rosé, elle n'est ni grasse ni maigre, paraît

en bonne santé physique. La physionomie semble assez intelligente, elle est mobile, éclairée par deux yeux vifs et brillants. — La peau est blanche, pas de cicatrices, pas de ganglions. Les cheveux sont bruns, bien implantés.

Le *crâne* est de volume normal, symétrique. — Le *visage* est ovale, régulier, le front est moyen, les arcades sourcilières peu accusées sont recouvertes de sourcils bruns abondants. Les fentes palpébrales sont normales, symétriques, ombrées de cils longs et bruns. — Les *yeux* ne présentent pas de lésions ni de troubles de la réfraction. Iris marron, pupilles non dilatées, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. Le fond de l'œil ne décèle rien de particulier. L'acuité visuelle semble normale, pas de rétrécissement du champ visuel.

Le *nez* est long, droit, un peu élargi à son extrémité et très légèrement dévié à gauche. La rhinoscopie antérieure montre la narine gauche obstruée par un cornet inférieur très volumineux, la narine droite n'a rien de pathologique. Les pommettes sont saillantes, rosées, symétriques. La *bouche*, de dimension moyenne, présente au niveau de chaque commissure une petite cicatrice, dont la mère n'a pu nous dire la cause. Ces cicatrices rappellent celles qui succèdent aux pustules vaccinales, on n'en peut connaître l'origine. Le palais est très ogival, le voile du palais également. Les amygdales sont volumineuses, cryptiques; quelques végétations adénoïdes latérales; l'amygdale de Luchka recouvre le tiers supérieur du vomer. La *langue* est épaisse, mobile: pas de tremblement de la pointe. Le *menton* est arrondi; pas de prognathisme du maxillaire inférieur. L'enfant n'a pas de troubles du goût. — Les *oreilles* n'ont rien de particulier dans leur forme; otite moyenne chronique double, forme fongueuse; il n'y a plus de tympan, fond de caisse granuleux; audition 25 centimètres à droite et à gauche.

Le *thorax*, bien développé, présente dans la région postéro-inférieure gauche, au niveau de l'extrémité vertébrale des 10e, 11e et 12e côtes, une cicatrice de brûlure, de la largeur de la main, produite accidentellement par de l'eau bouillante. L'enfant était âgée de trois ans au moment de l'accident. Au-dessus de la grande cicatrice, il en existe quelques autres, petites, arrondies, régulières; au-dessous, trois autres cicatrices, ovalaires, nettement marquées situées respectivement au niveau de la 12e côte et des apophyses costoïdes des 1res et 2es lombaires.

La *respiration* appartient au type dit thoracique. L'auscultation et la percussion des poumons ne dénotent rien de particulier. Il en est de même de l'examen du cœur. — Rien du côté de la paroi abdominale, ni du côté des organes intra-abdominaux.

Les *bras* sont arrondis, normalement musclés, leur attitude est régulière. Au niveau de la région deltoïdienne droite, on note une

cicatrice de vaccin. — Pas de troubles de la *sensibilité.* — Les ongles sont normaux, sauf l'ongle du pouce droit qui a été altéré par un panaris.

Les *membres inférieurs* sont bien développés, normaux de forme, de volume et d'attitude. On constate une cicatrice arrondie, sans caractères, à la portion moyenne de la région antéro-externe de la jambe droite; une autre cicatrice, allongée, est située au niveau du tiers supérieur de la crête tibiale gauche : cicatrice de plaie consécutive à une chute. Les pieds sont plats. Les *réflexes* et les *mouvements volontaires* sont normaux. L'enfant résiste bien aux mouvements provoqués.

Puberté : aisselles, poils noirs assez cours et rares (5 centimètres sur 2 centimètres). A la face postérieure du thorax, on constate un fin duvet entre les omoplates. Les *seins* sont plats, ont un diamètre transversal de 11 centimètres et un diamètre vertical de 9 centimètres à droite et à gauche. L'aréole est rosée, 15 millimètres de rayon, mamelon, 5 millimètres. — Les fesses sont glabres. — Poils noirs, fins, très abondants sur tout le pénil dans une hauteur de 7 centimètres sur 8 centimètres. Poils très abondants dans toute la hauteur des grandes lèvres, moyennement saillantes, laissant voir le clitoris peu développé et les nymphes; la droite est moitié plus longue que la gauche. L'hymen, circulaire, paraît intact. Poils assez nombreux au pourtour de l'anus.

La *sensibilité générale* semble normale dans tous ses modes. L'enfant paraît assez intelligente, la parole est libre. — Les *fonctions digestives* et *respiratoires* s'accomplissent régulièrement.

Dès son entrée à la Fondation Vallée, Gas... est mise en observation à l'infirmerie. Elle paraît effarée, irritable, elle crie dès qu'on l'approche, menace de frapper; elle fuit la compagnie des autres enfants, recherche la solitude, refuse de manger, son attitude est spéciale, elle va, se promenant lentement, à pas comptés, la tête légèrement fléchie sur la poitrine, elle semble concentrée en une prière qui l'absorbe toute. Elle marmotte avec componction des oraisons, elle semble prononcer avec un plaisir exquis les mots : Dieu, Sainte Vierge, Jésus; elle les répète, les savoure. Tantôt, elle s'arrête, lève vers le ciel des yeux si brillants qu'ils semblent presque lumineux; le regard reste fixe, extasié, comme si elle voyait dans le lointain de divines visions. Tantôt, elle prend le ton de l'exhortation, parle des choses saintes aux autres enfants, leur recommandant d'être bien sages et de ne pas pécher, les assurant ainsi de la satisfaction divine. Elle chante des cantiques, baise dévotement une image sacrée qu'elle garde entre ses mains. Vient-on à lui demander son nom, elle répond : « Je suis Jeanne d'Arc, j'ai mission de sauver la France de ses péchés. » Ses compagnes essayent-elles de l'en dissuader, elle se fâche, devient méchante, rageuse.

Le soir, l'enfant est d'une pruderie exagérée, elle refuse de se déshabiller en présence de l'infirmière, disant que « Dieu, seul, la doit voir puisqu'il est partout ». Elle ne veut pas laisser prendre sa température. Elle regrette son couvent des Andelys, manifeste le désir d'y retourner, disant : « Il y a des chrétiens là-bas, tandis qu'ici et au dépôt il n'y en a pas. » Cet état persiste jusqu'au 7 mars.

Le 7, au matin, G... laisse prendre sa température sans difficulté (36°,6). Dans la journée, elle demande à s'occuper des petits enfants qui sont à l'infirmerie, elle est douce, maternelle avec eux. *Traitement* : bains, hydrothérapie. Ses idées religieuses l'occupent moins, elle semble mieux.

8 *mars*. — Gas... est raisonnable, elle demande à descendre travailler à l'ouvroir.

22. — Depuis le 9 mars, l'enfant a quitté l'infirmerie. Elle partage les jeux et les travaux des autres enfants, elle est raisonnable et n'a rien présenté d'anormal depuis qu'elle est avec eux.

23. — Dans la nuit d'hier, Gas... a été très *agitée*, elle s'est mise à parler haut, crier, chanter : elle s'est levée de son lit et a couru dans le dortoir ; c'est avec beaucoup de peine qu'on a pu la maintenir au lit. Elle a de la diarrhée et *gâte* dans son lit sans s'en rendre compte.

Elle est remise à l'infirmerie, elle ne prie plus ni ne parle plus des choses saintes, elle est surexcitée, prononce des paroles incohérentes. La diarrhée persiste, l'enfant gâte au lit, elle ne peut s'habiller ni se déshabiller seule, on est obligé de lui faire sa toilette. Température normale. *Traitement :* chloral, bromure, douches.

24. — Même agitation, Gas... se lève pour tirer les cheveux des autres enfants, leur pincer le nez. On est obligé de la maintenir au lit. Le gâtisme persiste.

25. — L'enfant a passé la nuit à chanter, à rire. Ce matin, on la trouve assise sur son lit, les yeux brillants, le regard égaré, d'une extrême mobilité. Lui dit-on bonjour, elle répond : bonjour, avec l'intonation qu'ont les mamans lorsqu'elles disent ce mot en jouant avec leurs petits bébés, puis elle se met à rire aux éclats en disant : « Tiens! qu'est-ce que cela veut dire, vous causez drôlement aujourd'hui, je ne vous comprends pas ». L'appétit est bon, la soif vive, la diarrhée a presque complètement disparu. Pas de température.

27. — Même état d'exaltation. Hier, une dame et sa sœur sont venues la voir, elle les a accueillies avec joie, mais ne leur a pas tenu la moindre conversation. Ces dames lui ayant apporté du chocolat, elle s'en est barbouillé le visage, l'a broyé entre ses mains et l'a semé de droite et de gauche. Elle a voulu s'emparer

de vive force d'une petite médaille que sa sœur portait au cou, on ne l'a retenue au lit qu'avec difficulté.

L'enfant ne fait plus sa prière, ne parle plus de Dieu ni des saints, sa pudeur elle-même s'est évanouie, elle enlève sa chemise, et se promène nue dès qu'on la quitte un instant. Elle chante, rit, fait mille grimaces, se lève, fait son lit, se recouche, pour se relever bientôt, bavarde, crie, gesticule. Toujours même gâtisme. Pas de température. Même traitement, doses plus élevées.

28. — Même état, l'insomnie persiste malgré le chloral. Bains, hydrothérapie.

29. — L'*excitation* continue. Ce matin, profitant d'un instant où elle était seule dans le dortoir, elle s'est mise à défaire tous les lits, à se rouler sur les matelas, monter sur la table, en chantant à tue tête : « Oh ! ce qu'on est bête quand on est amoureux ! » Enfin, fatiguée, elle a demandé à manger, puis s'est couchée et s'est endormie d'un profond sommeil.

30. — L'enfant est calme, demande à descendre jouer avec les autres enfants, les reconnait, parle et joue gentiment avec elles. Elle est redevenue raisonnable, propre, et fait sa toilette elle-même.

1er *avril*. — Le mieux s'accentue de plus en plus, l'enfant est un peu triste, elle pâlit et rougit sans motif. Elle raisonne bien et semble partager avec plaisir les occupations et les jeux de ses compagnes.

10. — L'enfant continue à bien aller. Hier, elle a eu la visite de sa mère et l'a accueillie avec la plus vive joie. Elle est calme. ne parle plus des choses religieuses, raisonne correctement, s'applique à tout ce qu'elle fait, parfois elle est triste lorsqu'elle songe à sa mère et à sa sœur qui sont loin d'elle.

22. — Hier au soir, l'enfant était triste, songeuse, son regard était brillant, égaré, elle avait l'air de ne pas comprendre ce qu'on lui disait. La nuit a été agitée, a parlé haut, prononçant des phrases sans suite.

23. — Ce matin elle est incapable de faire seule sa toilette. On dirait qu'elle n'a pas la notion de ce qui se passe autour d'elle. Elle parle peu, est calme, triste.

24. — Même état, le regard est cependant moins effaré, la physionomie plus calme.

25. — La nuit a été bonne. L'enfant est triste, pleure, dit s'ennuyer de sa mère, mais elle est redevenue raisonnable et fait seule sa toilette.

28. — Le mieux persiste et s'accentue.

1er *mai*. — G... semble guérie, elle n'est plus triste, elle joue et travaille auec les autres enfants.

20. — L'enfant est très appliquée, très obéissante ; elle travaille bien tant en classe qu'au repassage ou à l'ouvroir.

1er *juillet*. — G... semble guérie, elle continue à bien travailler et à être tranquille.

1er *septembre*. — Depuis trois mois, rien à signaler, l'enfant raisonne et travaille bien.

Décembre. — Gass... s'améliore sous tous les rapports ; elle est très obéissante, s'occupe avec dévouement des petites filles gâteuses et en prend soin comme une véritable infirmière. Elle s'est développée physiquement et a une mine superbe. Toute excitation religieuse a disparu, elle accueille facilement toutes les observations qu'on peut lui faire et se prête de bonne grâce à ce qui lui est commandé. Elle est très propre, fait bien sa toilette. est très décente. Elle recherche avec plaisir l'occasion d'être utile. Elle travaille bien en classe, mais ses progrès sont lents car elle a une certaine difficulté pour tout ce qui concerne l'instruction primaire. Elle a fait beaucoup de progrès en gymnastique.

1900. *Avril*. — Gass... fait des progrès sous tous les rapports. On n'a observé aucun trouble intellectuel depuis la fin du mois. Elle est d'humeur toujours égale, très polie, propre, laborieuse et obéissante. En un mot, sa conduite est exemplaire. Sa physionomie est éveillée : ses joues sont fraîches et pleines ; elle a pris de l'embonpoint. Sa seule préoccupation c'est d'affermir sa guérison afin de pouvoir aider sa mère quand elle sera sortie de l'asile. On a toujours continué les douches, les bains, l'école et la gymnastique.

Puberté. — Poils noirs, frisés, abondants, surtout au sommet et sur la face interne des creux axillaires. Les seins mesurent 13 centimètres horizontalement et 11 centimètres verticalement. Les aréoles sont rosées, bien dessinées. Les tubercules de Morgagni sont apparents. Poils noirs très abondants, longs de 3 à 4 centimètres, dans une hauteur de 8 centimètres environ sur le pénil. Poils très abondants sur les grandes lèvres qui sont volumineuses; les petites lèvres sont très développées et proéminentes à la vulve ; elles sont triangulaires et forment un capuchon clitoridien assez accusé ; la droite est un quart plus large que la gauche. Le clitoris est petit. L'hymen, circulaire, n'est pas déchiré, mais son orifice admet la pulpe du petit doigt. Quelques poils longs sur le périnée. Poils assez nombreux autour de l'anus.

Si l'on compare cette description à la précédente, on voit que la puberté qui ne faisait que s'annoncer à l'entrée s'est depuis rapidement développée. Les *règles* ont paru, sans aucun accident physique ou mental pour la première fois du 4 au 9 mars et se sont reproduites du 1er 6 avril, du 2 au 6 mai, du 23 au 28 mai.

30. — La guérison paraît définitive et Gass... est rendue à sa mère. Elle a continué ses douches, la gymnastique, les exercices scolaires, de couture, de repassage et de ménage jusqu'à ce jour.

13 *juin*. — G... vient avec sa mère. Sa santé ne laisse rien à

désirer à tous les égards. Elle travaille à la couture et gagne 50 centimes par jour. La mère qui vit depuis dix ans avec un homme âgé aujourd'hui de soixante-cinq ans, sobre et laborieux, n'a pas eu de crises depuis sa sortie de Villejuif mais elle est toujours nerveuse. Sa mémoire s'affaiblit. Albertine dit que de temps en temps sa mère divague.

	Mars 1899.	Juin 1900.
Poids	37 kg.	44 kg.
Taille	1m,47	1m,50

Réflexions. — I. L'*hérédité* est, ici, très lourde : Père, grand-père et grand'mère maternels, violents et alcooliques; — mère convulsions de l'enfance, attaques d'hystérie, folie; — grand-père maternel saturnin; grand'mère maternelle devenue presque démente à la suite d'une crise nerveuse; une grand'tante, un oncle maternel aliénés; un autre oncle chorée de l'enfance, un 3e affaibli intellectuellement, une cousine et une sœur ont eu des convulsions et celle-ci a succombé à une méningite.

II. La malade a été probablement conçue durant l'ivresse du père, la mère étant déjà sujette à des attaques d'hystérie[1]. Elle a eu une seule fois des *convulsions* limitées à la face; elle a présenté de l'incontinence nocturne d'urine jusqu'à 12 ans et, à partir de là, dans sa 13e année, des lypothymies, des pleurs et des rires alternatifs, sans raison sérieuse. L'internement de sa mère nécessite son placement dans un orphelinat religieux où sous l'influence de l'ennui d'être séparée de sa mère et des pratiques religieuses, éclata un *délire mystique* avec illusions, hallucinations de la vue, dépression mélancolique, etc.

III. Le *délire mystique* qui était aussi caractéristique que possible avait débuté à l'orphelinat où elle avait été placée, et avait motivé son retour à Paris. Il a persisté durant son passage au Dépôt de la Préfecture de police et à l'Asile clinique et pendant les quatre premiers jours qui ont suivi son admission dans notre service. Après une rémission du 9 au 23 mars, survint une période d'*excitation maniaque*: cris, chants, incohérence, mouvements désordonnés, actes

[1] Mentionnons la disparition des *attaques hystériques*, durant la grossesse, de même que nous voyons toujours disparaître les *migraines*.

extravagants, gâtisme, insomnie. Aucune idée mystique. L'obscénité a remplacé la pudeur. Ce délire maniaque a duré une semaine. Alors se produit une nouvelle rémission du 30 mars au 21 avril, suivie d'une nouvelle période de *dépression mélancolique* mais très atténuée par rapport à la première, sans aucune manifestation mystique et sans hallucinations. Elle disparaît complètement au bout de huit jours (28 avril).

A partir de là, Gas... n'a plus eu aucun trouble intellectuel. Sa santé s'est affermie sous tous les rapports. La croissance et la puberté se sont développés régulièremeet. Les règles ont paru sans accident. Le poids et la taille ont augmenté. Jamais nous n'avons observé aucun signe d'hystérie, contrairement à la mention du certificat de la préfecture de police.

IV. La *température rectale*, du 7 au 15 mars n'a point dépassé 37°,4 et a été le plus souvent au-dessous de 37°; du 16 mars au 14 avril, elle a oscillé entre 37° et 37°,6 avec un abaissement à 36°,9 et un autre à 36°,8, ensuite elle est devenue normale.

V. Le *traitement* a consisté surtout en *bains* et en *douches* avec l'administration de chloral et de bromure pour combattre l'insomnie et l'excitation. La gymnastique, les exercices scolaires, les travaux manuels, employés durant les rémissions, puis après la dernière période mélancolique, jusqu'à sa sortie (juin), ont certainement contribué à affermir la guérison.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

I. Les connexions des tubercules quadrijumeaux supérieurs chez le lapin; par W. Pavlow. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 21.)

En étudiant les dégénérescences consécutives aux lésions des tubercules quadrijumeaux supérieurs chez le lapin, M. Pavlow a

constaté que de ces tubercules, portaient un nombre considérable de fibres nerveuses descendantes reliant cette masse grise aux masses grises du pont de Varole et de la moelle allongée. Dans aucune de ses expériences, l'auteur n'a trouvé une dégénérescence des fibres ascendantes se rendant vers le diencéphale ou le télencéphale. G. D.

II. **De l'influence de l'alcool sur le travail du muscle fatigué** ; par les Drs de Boeck et Gunzburg. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1899, n° 94.)

Pour étudier les effets de l'alcool sur le rendement du muscle fatigué les auteurs ont expérimenté sur d'anciens alcooliques auxquels ils administraient une ou plusieurs doses de 30 grammes de rhum. L'instrument qu'ils ont employé pour ces expériences était le dynamomètre ordinaire : tantôt les sujets se livraient à un travail ininterrompu, tantôt à un travail interrompu.

Les résultats obtenus ont varié avec les différents sujets : chez les uns, l'alcool détermine une excitation immédiate ou tardive ; chez les autres l'action de l'alcool est peu prononcée ou nulle ; il en est enfin chez lesquels l'alcool détermine dès son ingestion un abaissement manifeste du rendement.

Pour expliquer ces différences, les auteurs admettent qu'il existe un rapport entre la manière de réagir à l'alcool et l'état psychique : plus l'intoxication, la dégradation alcooliques sont intenses, plus les effets de l'alcool diffèrent de ce qu'on observe chez les sujets normaux : au lieu d'augmenter, le rendement du muscle reste stationnaire ou diminue. G. D.

III. **Exagération des réflexes tendineux avec hypertonie, hypotonie et atonie musculaires** ; par Van Gehuchten. (*Journ. de Neurol.*, 1899, N° 24.)

On sait que M. Van Gehuchten soutient que, contrairement à l'opinion généralement admise, il n'y a pas *toujours* parallélisme entre le *tonus* des muscles et l'état des réflexes tendineux, et que, dans un certain nombre de cas, les réflexes tendineux sont exagérés alors que le tonus normal des muscles est affaibli.

A l'appui de cette opinion, M. Van Gehuchten rapporte dans ce travail l'observation d'un malade atteint d'hémiplégie avec contracture, chez lequel on constate une exagération des réflexes tendineux aussi bien dans les muscles atteints d'hypertonie, que dans ceux atteints d'hypotonie ou d'atonie complète.

Cette dissociation de l'exagération des réflexes tendineux vis-à-vis du tonus des muscles, prouve que celui-ci doit se produire suivant un autre mécanisme ou à l'aide d'autres connexions que celles qui président à la production des réflexes tendineux.

Il résulte de là encore que l'exagération des réflexes tendineux ne peut pas être considérée comme un état d'imminence ou d'opportunité de contracture. G. DENY.

IV. **Les parakinésies**; par le Dr de BUCK. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 19.)

Les conclusions de ce travail peuvent être résumées de la façon suivante : Les mouvements associés tels qu'on les a décrits jusqu'ici dans la période post hémiplégique, dans les diplégies, la paralysie générale et l'idiotie, les paralysies médullaires surtout unilatérales, les névrites périphériques et même le tabes doivent être subdivisés en *synkinésies* et *parakynésies*.

Dans la première catégorie il faut ranger tous les mouvements associés et substitutifs, tant homolatéraux qu'hétérolatéraux et bilatéraux, qui ne reposent que sur la diffusion de l'influx nerveux à des centres plus ou moins éloignés de ceux appelés naturellement à entrer en action, parce que l'effort nécessaire à cette dernière est plus énergique qu'à l'état normal par suite des lésions qui augmentent la difficulté de la conduction ou l'irradiation réflexe.

La seconde catégorie renferme les mouvements associés par trouble de l'association idéo-motrice; dans cette classe rentrent la paraphasie, la paragraphie et la paracnimie. G. D.

V. **La doctrine des neurones et les théories nouvelles sur les connexions des éléments nerveux**; par VAN GEHUCHTEN. (*Journal de Neurologie*, 1899, n° 201.)

Dans ces derniers temps, le fait de l'indépendance des éléments nerveux, mis en lumière par Ramon y Cajal et adopté par la plupart des neurologistes, a été de nouveau constesté par plusieurs savants, notamment par Apathy, Held, Bethe et Nissl. Après avoir exposé aussi complètement que possible la théorie de ces derniers auteurs, M. van Gehuchten termine en disant que la doctrine des neurones reste debout malgré l'assaut qu'elle a eu à subir de divers côtés. Ce qui à ses yeux constitue la meilleure preuve de la vérité de cette doctrine, c'est ce qui se passe à la suite de la section du cylindre axe d'un neurone : la dégénérescence vallérienne de son bout périphérique et la réaction cellulaire avec atrophie du bout central de l'axone arrêtent précisément les limites du neurone. S'il y avait, en réalité, des anastomoses d'une part entre les ramifications cylindraxiles terminales de différents neurones, d'autre part entre les ramifications protoplasmiques de divers corps cellulaires, la dégénérescence d'un côté et l'atrophie de l'autre devraient envahir les éléments nerveux voisins. G. D.

VI. Le système nerveux chez les aliénés; par J. F. BRISÈVE. (*British medical Journal*, VII, 1898.)

L'auteur passe en revue quelques cas d'ostroporoses, d'hyperostose, et de ramollissement des os. Il décrit les modifications dans la structure de ces os, et note quelques particularités dans le régime des malades avant la maladie. C. SCHÉPILOFF.

VII. Remarques sur les lésions observées dans un cas de paralysie spinale chronique d'origine syphilitique ; par R. F. WILLIAMSON. (*British medical Journal*, II, 1898.)

Le malade observé présente assez bien le cortège de symptômes de la paralysie syphilitique spinale d'Erb avec quelques différences quant à la marche : incoordination légère des mouvements des jambes.

Après une étude microscopique assez complète de la moelle l'auteur conclut ainsi : Endartérite et dégénérescence hyaline des artères de la moelle et des méninges, méningite légère, infiltration gommeuse des cordons antéro-latéraux dans la région dorsale supérieure. Sclérose de la périphérie de la moelle dans les cordons latéraux dans toute la région dorsale. Sclérose des cordons postérieurs médians dans la région dorsale. Zones sclérotiques irrégulières avec une zone d'infiltration cellulaire (gommeuse) dans la région dorsale inférieure. Sclérose descendante dans les tractus pyramidaux croisés lombaires. Sclérose ascendante dans les cordons cervicaux postérieurs médians. C. SCHÉPILOFF.

VIII. La géographie de la moelle épinière; par BENOIT. (*Union médicale du Canada*, n° 11, 1899.)

Leçon d'ouverture d'un cours sur les maladies du système nerveux et en particulier de la moelle épinière. Exposé très clair des connaissances actuelles sur l'anatomie topographique et la physiologie de cette partie des centres nerveux. R. C.

IX. Nouveau myographe; par le Dr BUFALINI. (*Lo Sperimentale*, fasc. 1, 1899.)

Description d'un appareil de laboratoire aussi simple qu'ingénieux et particulièrement recommandable pour la recherche de l'action physiologique des médicaments sur la contraction musculaire. Il permet d'obtenir simultanément les tracés graphiques de plusieurs muscles, de plusieurs animaux en expérience, d'où la dénomination de « polymiographe » que lui a donné son inventeur. R. C.

X. Sur les altérations du système nerveux central dans l'empoisonnement lent par le chlorhydrate de cocaïne; par L. Daddi. (*Lo Sperimentale*, fasc. 1, 1899.)

Des recherches expérimentales et anatomo-pathologiques faites par l'auteur sur des chiens, il résulte que les altérations du système nerveux produites par l'empoisonnement lent de la cocaïne sont analogues à celles qui sont produites par beaucoup d'intoxications (morphine, arsenic, plomb) ou d'infections généralisées et qu'aucune d'elles ne peut être considérée comme caractéristique de l'intoxication cocaïnique. L'auteur estime que ces altérations dépendent en partie de l'action directe du poison sur le système nerveux, en partie des modifications produites dans les échanges organiques. R. C.

XI. L'accessoire de Willis est un nerf mixte; par le Dr G. Pieraccini. (*Lo Sperimentale*, IV, 1899.)

Considérations critiques et comparaisons analytiques et synthétiques touchant les études récentes de Lubosch et les recherches antérieures faites par l'auteur, en collaboration avec Staderini. Ces dernières ont porté sur l'homme, les autres sur différents mammifères. Toutes concordent pour permettre de considérer comme certain que le nerf accessoire de Willis ou spinal est réellement un nerf mixte. R. C.

XII. Sur la cause du crétinisme. (*Etudes et recherches*, par le Dr V. Allara. (*Il Morgagni*, n° 12, 1899.)

L'auteur, dont les études sur le crétinisme remontent à plusieurs années, est arrivé à reconnaître, par une observation prolongée, que : l'idiotie à tous ses degrés, l'arrêt de développement, l'asthénie, la surdimutité, le goitre, la scrofule et le lymphatisme, le rachitisme et l'ostéomalacie, la folie et le crime sont toutes formes morbides qui peuvent avoir pour cause le crétinisme, comme elles peuvent dériver d'autres causes. C'est, d'ailleurs, aujourd'hui, une opinion conforme à celle d'auteurs les plus distingués, conforme également aux faits. Il élimine, comme ne pouvant résister à l'analyse scientifique et par suite inacceptables :

1° La théorie *des causes multiples;* 2° la théorie de l'*insuffisance d'iode et de brome* dans les eaux potables; 3° la théorie mécanique de Chabrand; 4° l'hypothèse des *miasmes crétinisants*; 5° l'opinion milanaise que les *causes du crétinisme et de la scrofule sont les mêmes;* que le crétinisme et le myxœdème sont une même maladie; 6° l'opinion de Virchow que le crétinisme est la conséquence de

la *synostose du crâne* intra-utérine; 7° l'opinion de Tanzi que l'idiotie crétineuse n'est qu'une cérébroplégie.

L'auteur arrive enfin à ne reconnaître comme acceptables et inexpugnables que deux causes : 1° l'influence héréditaire; 2° l'influence des eaux potables en connexion avec celle du terrain, par le moyen des matières inorganiques cédées à celles-là par celui-ci. C'est là *toute la théorie hydro-tellurique*. « Lorsque les matières inorganiques sont absorbées en trop grande quantité pour être éliminées, elles se déposent dans les organes, produisant un trouble de nutrition, une détérioration spéciale qui nous apparaît sous la forme scrofuleuse dont le goitre est un des premiers symptômes et la dégradation intellectuelle un des derniers. « Notre ancien maître, Baillarger avait dit longtemps avant : » Toutes les formes de dégradation organique se rattachent à l'endémie goitro-crétineuse. »

Les substances minérales les plus justement incriminées seraient les silicates à base alcalino-terreuse (chaux, baryte, magnésie, etc.) et parmi celles-ci le silicate d'alumine ou *craie*, très répandu dans toutes les régions où règne l'endémie crétineuse.

Dans la nature, les roches sont détruites par l'action de l'anhydride carbonique contenu dans l'air et l'eau. Cette observation a servi de guide dans la voie du traitement prophylactique et curatif des affections crétinoïdes. Eviter l'usage des eaux contenant des matières inorganiques. Absorber d'une façon continue des substances capables de décomposer les silicates en produits éliminables : chlorure de sodium, eaux minérales carboniques, gazeuses, chlorurées, iodiques, etc.

L'auteur développe enfin les résultats de ses expériences et de son traitement (élimination de la silice par les urines, amélioration des crétins). R. C.

XIII. Un nouveau cas d'épilepsie avec persistance du thymus, hyperplasie lymphatique et hypoplasie vasculaire; par A. P. OHLMACHER. (*The New York Medical Journal*, 24 septembre 1898.)

L'auteur rapporte avec quelque détail cette observation parce qu'elle complète et confirme les résultats constatés dans six autopsies d'épileptiques qu'il a pratiquées récemment. Sur ces six cas, il a observé quatre fois un état particulier qui était surtout caractérisé par la persistance de l'hyperplasie du thymus, une hyperplasie très marquée des follicules lymphatiques de l'intestin et de la rate, une hyperplasie de divers autres tissus lymphadénoïdes, et un rétrécissement des artères : cet ensemble de lésions représente bien au point de vue anatomo-pathologique ce que les anciens auteurs appelaient « le constitution lymphatique » et, sans s'exagérer le rôle que peut jouer cette constitution au point de vue de

la genèse de l'épilepsie, il est permis de regretter que dans les autopsies d'épileptiques on s'en tienne presque toujours à l'examen du cerveau ; en pratiquant des examens nécroscopiques plus complets, on trouverait peut-être, même dans quelques épilepsies secondaires un état somatique particulier au-dessous des manifestations cérébrales de la maladie [1]. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XIV. **Un cas de porencéphalie imparfaite**, relaté par T. ALDOUS CLINCH. (*The Journal of Mental Science*. Avril 1899.)

Les planches qui accompagnent ce mémoire sont indispensables à l'intelligence du texte de cette observation histologique très soigneusement et très complètement recueillie ; mais nous pouvons résumer les considérations générales exposées par l'auteur à l'occasion de ce cas et s'y rapportant. En ce qui touche l'état pathologique primitif, les causes les plus fréquentes sont l'hémorrhagie et l'obstruction artérielle ; en faveur de la première, on a ici les conditions de la naissance, le siège de la lésion, qui bien qu'au niveau de la zone de distribution de l'artère sylvienne n'accompagne ni toute l'artère, ni l'une quelconque de ses branches, l'absence de toute cause de thrombose ou d'embolie, enfin la fréquence relativement plus grande ; en faveur de la dernière, on a le début des convulsions sans attaque épileptiforme et le retard dans l'apparition des accès. Si l'on admet l'étiologie hémorrhagique, il est probable que la lésion remonte au moment de la naissance, et l'apparition des convulsions neuf mois plus tard n'est pas incompatible avec cette idée. Kundrat a montré que les cas intra-utérins présentent une disposition radiée des circonvolutions autour de la lésion, et Gierlich a montré que dans la paralysie infantile cérébrale on ne rencontre pas de dégénérescence secondaire. Dans un cas publié par Wiglesworth et Campbell et attribué à un traumatisme obstétrical, il y avait une sclérose intense des faisceaux pyramidaux de la moelle, et aucune trace de cette sclérose au-dessus de la décussation ; et dans un autre cas publié vers la même époque il n'y avait ni hémiatrophie, ni hémisclérose des pédoncules et de la moelle, mais le cervelet était asymétrique. Ainsi des résultats très divers peuvent être amenés par des états très analogues.

[1] Consulter sur la persistance du thymus chez les épileptiques les statistiques publiées chaque année par M. Bourneville dans son compte rendu de Bicêtre et le *Progrès médical* du 23 juin 1900.

— Sur 80 autopsies d'épileptiques ou d'idiots épileptiques nous avons noté la persistance du thymus dans 11 cas, soit 13,7 p. 100 et dans 168 autopsies d'idiots et imbéciles non épileptiques nous avons noté la persistance du thymus dans 13 cas, soit 7,6 p. 100. Si l'auteur veut bien parcourir nos observations il verra que nous faisons nos autopsies aussi complètement que possible. (B.)

Passant aux faisceaux calleux croisés, l'auteur conclut de l'étude des faits comme celui dont il s'agit que, outre les faisceaux qui montent des ganglions de la base vers l'écorce du côté opposé au travers du corps calleux, faisceaux dont l'existence à été démontrée par Ferrier et Turner, il y a d'autres fibres motrices descendantes qui suivent le même trajet. L'examen histologique n'a pas nettement prouvé l'existence de grosses masses de ces fibres, mais on peut distinguer beaucoup de fibres dont l'examen donne l'impression qu'elles suivent ce trajet, bien que la direction de leurs impulsions soit naturellement inconnue. Dans le cas dont il s'agit le corps calleux était plus atrophié dans son troisième quart que partout ailleurs, ce qui permettrait peut-être de rapporter principalement à ce point le siège de la lésion.

Enfin l'auteur étudie en terminant le spasme du côté malade : il rappelle que Charcot a enseigné que, dans l'hémiplégie ordinaire, survenant chez l'adulte, la cause de la roideur tardive est l'irritation des faisceaux moteurs par la cicatrisation qui s'effectue au siège de la lésion et se propage le long de ces faisceaux. D'autres auteurs ont montré que la section complète de la moelle détermine la perte des réflexes au-dessous de la section, et qu'il faut un certain temps pour qu'ils reparaissent, ce qu'ils font alors sous une forme exagérée. Dans le cas dont il s'agit (et cela est ordinaire dans les cas de ce genre) on s'est trouvé en présence d'un spasme des vaso-moteurs aussi bien que des muscles volontaires, avec en même temps un abaissement de la nutrition, bien que la sclérose ait été très légère : on a d'ailleurs rencontré ces mêmes conditions en dehors de toute sclérose. Si, comme cela est plus que probable, les rares fibres corticales qui pénètrent dans la moelle viennent de portions de l'hémisphère non directement envahies, il n'y a guère de raisons pour admettre qu'une irritation de quelque importance passe du cerveau à la moelle, et il faut se rattacher à la théorie suivant laquelle l'état spasmodique est le résultat d'une hyperactivité non restreinte par l'inhibition corticale.

R. de Musgrave-Clay.

XV. **Un cas de tumeur cérébrale avec autopsie**; par G. L. Walton. (*Brain*, vol. XX, p. 109.)

Homme cinquante-trois ans; troubles présentant d'abord les signes de la paralysie générale et enfin ceux d'une tumeur, hémiplégie droite avec aphasie et hémianopsie. La mort survint au moment où on songeait à opérer. A l'autopsie : gliome à l'angle des scissures de Sylvius et de Rolando, non encapsulé, s'enfonçant jusque dans le centre ovale et remontant jusque sous la deuxième frontale. L'intervention eût été praticable et peut-être favorable.

F. B.

XVI. **Anatomie pathologique d'un cas d'ataxie héréditaire**; par A. Meyer et Sauger Brown. (*Brain*, vol. 20, p. 276.)

Dans le *Brain* de 1892, M. Meyer a publié le tableau d'une famille de 53 personnes dont 24 avaient subi l'ataxie héréditaire transmise par une aïeule. Le cas présenté est le n° VI du tableau. Femme de soixante-sept ans atteinte à quarante-cinq ans, morte de diarrhée tuberculeuse ; incoordination des mouvements des membres inférieurs, plus maltraités que les membres supérieurs, élocution ralentie mais distincte, vision affaiblie, relâchement au repos des muscles de la face, exagération du reflexe patellaire, sensibilité intacte, état mental sain. *Autopsie :* l'examen microscopique des centres nerveux à l'état frais fait défaut, le cerveau et le cervelet sont abîmés ; ce dernier pourtant paraît légèrement ramolli en son centre, mais sans lésion circonscrite ni corticale et sans altération de nombre des cellules de purkinje. Tous les faisceaux cérébelleux de la moelle, surtout les directs, sont fortement atteints ; la neuroglie de la moelle est notablement accrue et dans toute la moelle, le nombre des corps amyloïdes de Redlich est énorme. Les cordons de Goll sont dégénérés uniquement dans la région cervicale. L'auteur tend à rapprocher le type de Marie du type de Friedreich sous le nom général d'ataxie héréditaire, les différences cliniques tiennent à l'étendue et à la prédominance en divers points des lésions et à l'âge où le mal apparaît.

F. Boissier.

XVII. **Sur les fibres endogènes dans la région lombo-sacrée**; par A. Bruce. (*Brain*, vol. 20, p. 262.)

Sur un cas d'ataxie où tous les faisceaux ascendants des cordons postérieurs étaient complètement dégénérés, même dans les régions inférieures de la moelle, l'auteur a suivi de bas en haut avec une netteté rare le faisceau cornu commissural et le faisceau septo-marginal ou faisceaux descendants restés sains. Au niveau du cinquième segment sacré, le cornu commissural peu marqué, n'atteint pas tout à fait la corne postérieure, borde assez épais la cloison et se continue avec le septo-marginal qui borde la cloison très volumineuse et atteint la périphérie sans s'y étendre ; cette disposition continue jusqu'au premier segment sacré ; mais le cornu commissural atteint la commissure, il prend de plus en plus d'importance et tend à se séparer du septo-marginal qui ne fusionne plus avec lui que par une mince couche appliquée contre la cloison ; dès le cinquième segment lombaire, les deux faisceaux sont distincts, mais le cornu commissural plus étendu perd en netteté, tandis que le septo-marginal s'applique encore contre la cloison dans le tiers postérieur de celle-ci et atteint toujours la

périphérie sans s'y étaler. Au quatrième segment lombaire le septo-marginal tend à quitter la cloison pour s'étendre à la périphérie, jusqu'à s'éloigner complètement de la cloison et former une couche appliquée à la face postérieure du cordon. Le cornu commissural à ce niveau est toujours visible, mais ses rapports avec la cloison sont aussi de moins en moins étendus, tandis que ses rapports avec la corne prennent plus d'importance. Enfin au-dessus du dernier segment dorsal, les deux faisceaux tendent à se diffuser en fibres isolées semées dans tout le cordon postérieur. M. Bruce croit que le « champ ovale » de Flechsig est constitué par le faisceau cornu commissural au niveau où il s'applique contre la cloison formant avec son congénère du côté opposé un faisceau ovale coupé en deux par le septum, ce qui expliquerait les divergences des auteurs qui ont décrit « ce champ ovale », relativement au niveau où on le trouve. L'auteur n'ose pas se prononcer sur les cellules d'où émanent ce faisceau qu'il considère comme probablement destiné aux réflexes des organes inférieurs. F. Boissier.

XVIII. **Sur une disposition anormale des fibres de la pyramide bulbaire**; par van Gehuchten. (*Journal de Neurologie*, 1900, n° 7.)

En examinant le bulbe d'un sujet mort d'une hémorragie cérébrale qui avait détruit le noyau lenticulaire et une grande partie du bras postérieur de la capsule interne M. van Gehuchten constata que la pyramide du côté droit était moins volumineuse que celle du côté gauche. L'examen microscopique montra qu'il ne s'agissait pas là d'une atrophie et que les fibres qui manquaient à la pyramide plus étroite étaient étalées sur la face ventrale de l'olive recouvrant cette dernière jusqu'au niveau du sillon qui la sépare du pédoncule cérébelleux inférieur.

Ce fait prouve que l'examen macroscopique n'est pas toujours suffisant pour pouvoir conclure à l'existence d'une atrophie quelconque.

XIX. **Un cas de tumeur cérébrale avec autopsie**; par van Gehuchten et Le Mort. (*Journal de Neurologie*, 1900, n° 7.)

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que malgré la paralysie des quatre membres présentée par le malade la voie pyramidale ou voie motrice cortico-médullaire était anatomiquement intacte. Les troubles moteurs ne peuvent donc être attribués qu'à une interruption physiologique de ces fibres motrices et comme cette interruption a dû retentir avec une intensité presque égale sur les voies motrices des deux côtés du névraxe, les troubles moteurs ne peuvent pas avoir été la conséquence directe de la

lésion, puisque celle-ci n'intéressait que l'hémisphère gauche. La cause de ces troubles doit être attribuée, d'après l'auteur, à la compression des voies motrices dans leur passage à travers les deux pedoncules cérébraux.

Ce fait prouve donc une fois de plus que les fibres de la voie pyramidale peuvent être comprimées avec une intensité suffisante pour suspendre leur fonctionnement, sans que cette interruption physiologique entraine ni la dégénérescence vallérienne du bout périphérique ni la chromolyse des cellules d'origine.

Un autre fait qui tend à prouver que c'est bien à la compression des pédoncules cérébraux que doivent être rattachés les troubles moteurs, c'est l'abolition des réflexes rotuliens qui a persisté jusqu'à la mort. Une compression des fibres dans la capsule interne aurait entraîné une exagération des réflexes. G. D.

XX. Rapports entre les prolongements des cellules nerveuses des invertébrés et des vertébrés; par le Dr Havet. (*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, décembre 1900.)

L'étude comparée de la cellule nerveuse des animaux des divers embranchements conduit à cette conclusion que la cellule nerveuse est construite d'après un même plan. Le type cellulaire des invertébrés n'est pas toujours semblable dans tous ses détails au type cellulaire des vertébrés ; mais on peut dire cependant que chez les divers animaux, les prolongements des cellules nerveuses se terminent librement et se mettent en rapport avec leurs voisins de la même manière, c'est-à-dire par simple contact.

G. Deny.

XXI. Des modifications morphologiques des cellules des cornes antérieures de la moelle en action; par J. Luxemburg. (*Neurolog. Centralblatt.* XVIII, 1899.)

Quand on soumet à l'action d'un courant induit un nerf sensitif, les cellules nerveuses motrices changent de formes. Les auteurs ont néanmoins là-dessus des opinions toutes différentes, faute d'une méthode uniforme. L'auteur anesthésie de jeunes lapins et de jeunes chiens dans la proportion de 0,05 de chlorhydrate de morphine par kilogramme de poids de l'animal (injections sous-cutanées). Il ouvre par derrière le canal vertébral dans la région dorso-lombaire, sépare la moitié droite de la moitié gauche de l'organe, et supprime, par une coupe transverse, l'influence des centres situés au-dessus du segment de moelle qui commande à la fonction motrice des pattes postérieures. Découvrant ensuite le nerf crural sur une des extrémités postérieures, il l'incite au moyen d'un courant faradique capable de faire nettement

contracter la patte excitée. Chaque séance dure une heure, avec des alternatives d'excitation et de repos de 5 minutes chacune; pendant les pauses, le nerf est imbibé de la solution physiologique de chlorure de sodium et recouvert de la peau. Les électrodes (fils de platine) sont entourées de tubes de verre. Ceci fait, on tue l'animal en sectionnant la moelle cervicale ; le segment inférieur de la moelle est enlevé et placé dans le liquide de fixation, c'est-à-dire une heure dans l'alcool à 96° et 24 heures dans l'alcool absolu. Coloration à l'aniline (12 heures), au xylol (12 heures); immersion pendant 12 heures dans une solution de xylol et paraffine saturée (au bain-marie à 37°), enfin dans la paraffine avec addition d'nn grain de cire. On pratique alors une série de coupes de 5 μ d'épaisseur soudées sur lamelle de mica.

La coloration de Nissl s'obtient en enlevant la paraffine de la coupe que l'on plonge dans l'alcool absolu, puis directement dans la solution au bleu de méthyle de Nissl pendant une demie à une minute sans chauffer : on décolore pendant 2 à 3 minutes dans la solution d'aniline à 10 p. 100 ; on sèche au papier buvard ; on éclaircit à l'essence de cajeput, lave au xylol, monte dans le baume de Canada.

La coloration à la thionine s'effectue à l'aide d'une solution aqueuse à 1 p. 100 ; différenciation à l'alcool.

Conclusions : 1° La provision d'énergie potentielle des cellules motrices de la moelle est contenue dans la substance chromatique ; 2° l'activité de ces cellules s'accompagne d'altérations morphologiques exprimées par la déchéance de leur substance chromatique ; 3° le volume du corps de la cellule et celui de son noyau ne changent généralement pas pendant qu'agit la cellule ; le nucléole augmente de volume ; 4° la situation du noyau par rapport au corps de la cellule reste la même ; 5° les prolongements protoplasmiques de la cellule participent à son activité ; l'épuisement de la cellule s'accompagne d'altérations de la substance chromatique et non chromatique étendues.

Fr. Pick en excitant les centres corticaux d'un hémisphère vient de constater que la cellule de la moelle prend un aspect finement grenu, et que, par conséquent, la déchéance de la substance chromatique est l'expression fondamentale de l'état d'excitation de la cellule. (*Morphologische Differenzen zwischen ruhenden und erregten Ganglienzellen. — Deutsch. medic. Wochenschr.*, 1898, n° 22.)

P. KERAVAL.

XXII. **Contribution à la théorie de la méthode de Golgi** ; par H. SMIDT. (*Neurologisch. Centralbl.*, XVIII, 1899.)

C'est chez les invertébrés que triomphe la méthode de Golgi. Apâthy y a vu, dans les grandes cellules, des réseaux formés de

fibrilles primitives extrêmement fines. Dans un premier type, les fibrilles continuant le prolongement nerveux s'en vont, comme un méridien, au pôle de la sphère de la cellule, et s'en reviennent au prolongement nerveux. Dans un second type, les neurofibrilles forment deux réseaux reliés entre eux par des fibres radiaires. A la grille extérieure ou périsomale, formée de fibres délicates, viennent les fibrilles périphériques du prolongement nerveux ; de la grille périnucléaire, à grosses fibres, part une fibrille primitive, épaisse, axile, qui s'en va dans le prolongement nerveux.

Le limaçon traité par la méthode rapide de Golgi, modifiée par Smirnow se traduit par les détails suivants. Il y a imprégnation des fibres nerveuses périphériques et de celles du neuropile, mais il est très rare d'arriver à l'imprégnation totale des grosses cellules. Le sel d'argent se dépose à l'intérieur de la cellule et montre les types d'Apâthy (figures).

On voit dans le prolongement nerveux de tout petits grains nombreux, ordonnés en séries distinctes que l'on peut souvent suivre loin jusque dans le neuropile; en entrant dans la cellule, ils s'accumulent en petits amas d'où partent des tractus plus ou moins épais vers le dôme de la cellule. Ils laissent généralement le noyau de la cellule libre, et préfèrent la couche externe de celle-ci ; il y en a aussi un grand nombre dans la zone périnucléaire. L'épaisseur des petits grains est en raison inverse de la grandeur de la coupe de la cellule ; ils sont donc très épais au niveau du col de la cellule et du prolongement nerveux. Plus minces sont les granulations, plus difficile est-il de les répartir en groupes, mais très souvent elles apparaissent distinctement en séries et, dans ce cas, on ne peut se refuser à admettre les groupes principaux du schéma d'Apâthy. Leur manière d'être dans le prolongement nerveux les rattache aux fibrilles primitives.

Ces groupes de granulations sont très probablement les *neurosomes* de Held. Ils correspondent aux réseaux péricellulaires qui paraissent ne point exister chez les invertébrés ; d'autre part les fibrilles primitives intracellulaires des vertébrés sont bien plus épaisses que chez les invertébrés.

D'ailleurs les méthodes de Held et Golgi, si différentes l'une de l'autre, fournissent des résultats analogues. La continuité de la fibrille primitive colorée chez le vivant ou colorée à l'état mourant est un fait acquis. Qu'on galvanise l'animal soumis au bleu de méthylène ou à l'azotate d'argent, voici ce que l'on voit. Les sels métalliques déposent leur métal à la cathode. Le bleu de methylène B. X. ou chimiquement pur, étant une couleur d'aniline basique, offre aussi pour la cathode une affinité plus grande que la thionine, le bleu de toluidine, le rouge magenta, la safranine. Aussi, peu à près l'action du courant voit-on déjà d'épaisses couches de cette matière colorante à la cathode. Le neurosome

subit ainsi une réaction galvanique. Aussi dans la méthode double de Cajal les neurosomes imprégnés sont-ils très marqués.

Pourquoi n'est-ce pas toute la fibrille, pourquoi n'est-ce que le neurosome qui réagit au pôle négatif? Si les fibres nerveuses composées d'un cordon de fibrilles primitives, se comportent, de même que les cellules nerveuses des vertébrés, autrement que les fibrilles nues, cela provient de la structure des premières et de la coparticipation d'éléments névrogliques qui sont également imprégnables, bien que pas au même degré que les fibres nerveuses. Les nerfs périphériques enclavés dans les tissus hétérogènes sont dans de tout autres conditions galvaniques.

Des centaines de préparations de mollusques n'ont jamais révélé le réseau de fibrilles primitives intracellulaires autrement que sous la forme de séries de granulations plus ou moins denses. Or, la méthode de A. Golgi agissant d'une manière tout à fait analogue sur les autres territoires nerveux périphériques ou centraux des vertébrés ou des invertébrés, il est à penser que les dernières fibrilles elémentaires qui doivent, à nos yeux, représenter les prolongements terminaux des dendrites et des dendraxones, sont partout dans le système nerveux central révélées par le sel d'argent sous la forme de neurosomes isolés. L'impénétrable embrouillement de ces fibres dans le système nerveux central des vertébrés nous empêche et nous empêchera toujours de distinguer la connexion de ces granulations avec chacune des fibrilles séparément. Ce dernier problème restera forcément obscur dans l'image fournie par la méthode de Golgi.

P. Keraval.

XXIII. Du poids du cerveau le plus lourd décrit jusqu'ici ; par G.-C. van Walsen. (*Neurolog. Centralblatt.*, XVIII, 1899.)

Il s'agit d'un idiot épileptique de 21 ans n'ayant marché qu'à l'âge de 4 ans, très peu développé, d'humeur très mobile mais assez souvent expansif. Il n'avait à son usage que peu de mots et ne connaissait, en dehors de sa famille, que quelques personnes de son entourage journalier. Il se maintenait assez propre quand on s'occupait bien de lui, et généralement s'amusait avec un jouet très simple. Aucune anomalie physique, sauf la démarche spasmodique, l'exagération des reflexes tendineux aux 4 membres. Il parlait. Il était sujet à des attaques d'épilepsie qui finirent par le tuer. Taille 1 m. 40.

On constate à l'*autopsie* un cerveau géant, dépourvu d'altérations macroscopiques, à circonvolutions aplaties, dont le poids total, avec les membranes, est de 2.850 grammes.

Après durcissement dans la liqueur de Muller :

L'hémisphère cérébral droit (avec ses méninges molles).	0,1170 cc.
— gauche	0,1160 —
Le tronc du cerveau avec l'insula.	0,0310 —
Le cervelet.	0,0326 —
Cubage total.	0,2966 cc.

Les dimensions au compas de l'hemisphère droit, fournissent les chiffres suivants : 23 centimètres de l'extrémité antérieure du lobe frontal (pôle) à l'extrémité postérieure des circonvolution occipitales (pôle occipital); on relève au ruban le long de la scissure interhémisphérique 34 centimètres, du pôle temporal au pôle occipital, 14 centimètres ; le sillon de Rolando a 12,5 centimètres. L'écorce mesure 5 millimètres et demi d'épaisseur sur la coupe transverse et perpendiculaire exacte du cintre de la circonvolution. Le tronc du cerveau est surtout large dans le sens transversal. Le cervelet est régulier.

La moelle constitue un remarquable cylindre un peu plus large transversalement. Les nerfs craniens sont tous d'un volume exagéré mais principalement le renflement olfactif, la bandelette olfactive, la bandelette et le nerf optiques, le chiasma, l'oculomoteur commun. Les racines spinales sont peu augmentées de volume.

Au microscope, les cellules nerveuses, très éloignées les unes des autres, ne présentent que des traces indistinctes de la stratification habituelle. Les grandes cellules pyramidales sont rares. Les fibres sont partout nettes, les fibres tangentielles forment de larges mailles. Rien de particulier aux vaisseaux. Pas d'augmentation des noyaux de la névroglie. P. Keraval.

XXIV. **Contribution à l'étude des atrophies musculaires expérimentales**; par M. C. Levaditi. (*Presse médicale*, 11 octobre 1899.)

L'auteur expose dans ce travail le résultat des expériences qu'il a entreprises dans le but de vérifier l'exactitude de ce fait établi par l'anatomie pathologique, à savoir que le faisceau pyramidal joue un rôle de premier ordre dans la production de certaines atrophies musculaires, telles que celles qui surviennent dans l'hémiplégie organique. Les constatations qu'il a faites démontrent l'existence de ces atrophies musculaires d'origine pyramidale, en dehors de toute altération du premier neurone moteur. Il s'agit d'un processus atrophique et quelquefois dégénératif de l'élément strié, ayant les mêmes caractères histologiques que ceux qu'on constate dans les muscles énervés, mais moins accentués que dans ce dernier cas. Il existe entre ces deux ordres de lésions des différences d'intensité en rapport avec le degré de non-fonctionnement du muscle, et non des différences de qualité; les troubles observés sont plus profonds, là où il y a suppression de l'ac-

tivité contractile (section du nerf), moins intenses là où le tonus et la contraction réflexe persistent encore (section de la moelle), mais le processus est le même. La genèse de ces atrophies ne peut s'expliquer, ni par un trouble de l'activité trophique de la cellule nerveuse médullaire, ni par des perturbations vaso-motrices engendrées par la section de la moelle ou par l'interruption du faisceau pyramidal dans son trajet intra-cérébral. L'équilibre nutritif d'un muscle est fonction de l'activité de ce muscle. Il est plus que probable que l'intégrité anatomique d'une cellule complexe comme la fibre musculaire est intimement liée à son intégrité fonctionnelle ; une atteinte portée à cette dernière ne reste pas sans retentir sur la vitalité de la substance striée. Dans ces conditions, le rapport étroit constaté par l'auteur, entre l'intensité du processus atrophique et le degré de non-fonctionnement, s'explique facilement. A. FENAYROU.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

XVII. **Du maintien au lit des aliénés**; par A. V. TRAPEZNIKOW. — **Portée thérapeutique du maintien au lit des aliénés**; par V.-P. OSSIPOW. (*Obozrénié psichiatrii*, nos 3, 4, 5, 6, 1898.)

Ces deux mémoires pleins d'intérêt au double point de vue de l'histoire de la question et de son analyse scientifique, constituent le développement des communications faites par ces auteurs à la société des neuropathologistes et aliénistes de la clinique de Saint-Pétersbourg. (V. *Progrès médical*, 18 juin 1898.)

M. Trapeznikow raconte comment il s'y est pris pour appliquer l'alitement dans le service des hommes de M. Bechterew et combien le système a changé l'aspect général de l'établissement à son avantage ; il convient cependant de multiplier les chambres d'isolement et de conserver les cellules en y installant l'alitement à portes ouvertes. En somme il a été alité vingt-neuf malades ainsi qu'il suit :

Paralytiques généraux	9
Confusion mentale aiguë	6
Mélancolie	5
Folie systématique chronique	4
Catatonie	1
Folie hystérique	1
Démence primitive (Stup)	1
Démence sénile	1
Syphilis cérébrale	1
	29

L'auteur a eu soin de faire de nombreuses contre-épreuves, (interruption de l'alitement et réalitement) et de procéder à une étude scientifique minutieuse.

Conclusions : 1° L'alitement, méthode de traitement depuis longtemps connue, ne doit pas être appliqué indistinctement à tous les entrants, par la force; 2° Il ne faut pas croire que l'on puisse arriver à réduire les violents et les agités en les noyant dans la masse des malades tranquilles, en les couchant à côté des tranquilles alités; le résultat est tout à fait inverse; 3° L'alitement semble ne pas devoir s'appliquer aux délirants chroniques qui paraissent, par ce régime, tendre à l'aggravation; 4° Pendant l'alitement le poids des malades diminue sans que l'on constate parallèlement une amélioration mentale; 5° L'alitement favorise l'onanisme; 6° Le nombre des heures de sommeil augmente dans les vingt-quatre heures, mais parfois, au détriment du sommeil de la nuit; 7° L'alitement modifie peu la quantité des narcotiques nécessaires aux malades; 8° L'alité paraît aller moins souvent à la selle que le non alité; 9° L'alitement diminue le nombre des collisions des malades entre eux et avec les infirmiers, et calme les sections des violents; 10° Le meilleur moyen d'habituer les violents et les agités à l'alitement, c'est la chambre séparée ouverte et la suppression de toute contrainte; il faut les inviter à se coucher par l'exemple, les laisser aller et venir en costume de nuit; 11° La spécificité des malades à l'alitement doit être rigoureusement individualisée.

M. Ossipow a procédé dans les mêmes conditions à peu de chose près que M. Trapeznikow et pour son mémoire et pour l'installation de l'alitement dans le service des femmes de M. Bechterew. Il l'a appliqué à 13 malades.

Démence secondaire	3
Folie systématique chronique	1
Folie périodique	1
Folie circulaire	1
Excitation maniaque	1
Mélancolie	1
Confusion mentale	2
Folie hallucinatoire	2
Démence organique	1
	13

Conclusions : 1° L'alitement exerce chez certaines malades une influence favorable au point de vue mental; chez d'autres il n'agit point; chez d'autres enfin il est nuisible. Si la malade se soumet volontiers à l'alitement, si celui-ci n'exerce pas sur son sommeil d'action nuisible, si elle ne perd pas beaucoup de son poids, on peut espérer que l'alitement lui sera favorable. Sinon l'alitement

est contre-indiqué ; 2° L'alitement diminue assez souvent le poids de la malade ; c'est l'effet probablement du séjour continu au lit : 3° Il n'améliore pas le sommeil et n'exclut pas les soporifiques; 4° Il nuit à l'évacuation intestinale ; 5° Les malades s'habituent tellement au lit que celles que l'on remet au régime ordinaire recherchent les occasions de se coucher le jour, tandis que quelques-unes, dans les premiers temps, redemandent carrément à se coucher ; 6° Il ne convient pas d'aliter trop longtemps les malades ; il convient au contraire, dès que cela est possible, de les remettre au traitement ordinaire ; 7° Il est plus facile, par l'alitement, de soigner les gâteuses, de surveiller les aliénées ; 8° Il est plus difficile de s'opposer à l'onanisme ; 9° Toutes les malades se sont, sans qu'il fût nécessaire d'employer la force, soumises à l'alitement, quelques-unes même très volontiers ; 10° Des 13 aliénées de formes mentales différentes soumises à l'alitement cinq ont guéri, soit 38,5 p. 100 ; si on en élimine la démence secondaire (3 cas) on arrive à une proportion de guérison de 50 p. 100 ; 11° Aliter tous les malades sous prétexte que c'est dans l'intérêt de la tranquillité et du bon ordre de l'asile ne saurait constituer un argument acceptable parce qu'il faudrait alors avoir recours à la force brutale ; 12° On ne saurait à l'aide d'un si petit nombre d'observations dégager les véritables indications en faveur de l'alitement en tel ou tel cas, au point de vue mental ; il ne faut pas perdre de vue que, dans les cas où l'alitement a agi favorablement sur les malades, celles-ci s'y étaient volontiers soumises. P. KERAVAL.

XVIII. Le traitement par le lit à l'asile des aliénés de Perm ; par J. B. FISCHMANN. (*Obozrénié psichiatrii*, n° 4, 1899.)

M. Fischmann l'aurait installé sans grandes difficultés dans le service des hommes. L'alitement n'exige par son procédé ni mise en scène spéciale, ni une énorme quantité de serviteurs. Il l'a d'abord organisé dans le quartier des agités où sont reçus d'ordinaire les nouveaux entrants ; il joue donc le rôle d'une section d'observation. La grosse difficulté fut de faire coucher ceux qui avaient d'anciennes habitudes ; il fallut employer, pour quelques-uns seulement, le maintien au lit par la force à l'aide des serviteurs, mais ce fut peu important car cette section n'exige pas actuellement plus de 1 infirmier par six malades. On tâtonna pour le groupement convenable des malades de chambre en chambre ; beaucoup se couchèrent volontairement. On prescrivit, au besoin. à ceux qui se laissaient persuader difficilement, une médecine de circonstance, et tout fut dit. Quant aux nouveaux entrants ils suivirent le mouvement, d'aucuns même faisant entrer l'alitement dans le cercle de leurs idées délirantes.

L'alitement fut ensuite installé au quartier des violents et des

aliénés dangereux. Plus de bruit dès lors, plus de disputes, plus d'accidents, plus de drames; diminution des mesures restrictives, observation des aliénés plus aisée.

Puis vint le tour du quartier des faibles et de celui des chroniques irritables non travailleurs. L'alitement diminuant l'excitabilité, l'isolement disparut. On n'employa plus les cellules que rarement et en maintenant les portes ouvertes. Tranquillité, bon ordre, tel devint le résultat. Voici par quartiers le nombre des malades et les formes morbides en traitement en septembre 1897.

	Quartier des violents.	Quartier des agités.	Quartier des chroniques.	Quartier des faibles.	Total.
Démence paralytique	5	9	11	30	55
— consécutive	4	3	8	7	22
— organique	1	»	»	»	1
— sénile	»	1	1	2	4
— épileptique	»	»	11	5	16
Folie épileptique	5	15	»	»	20
— systématique secondaire	4	»	24	5	33
— systématique chronique	»	14	»	»	14
— hallucinatoire chronique	»	»	3	»	3
— alcoolique	»	1	»	»	1
— neurasthénique	»	»	1	»	1
— périodique	1	»	»	»	1
Mélancolie	»	1	3	»	4
Confusion mentale	3	10	»	4	17
Imbécillité	1	1	1	»	3
Imbécillité et idiotie	»	»	»	6	6
	24	55	63	59	201

En somme 201 hommes alités sur un chiffre de population mâle de trois cents malades, soit les deux tiers environ.

Le temps de l'alitement se mesure au degré de l'asthénie, à la dépression, ou au contraire à l'intensité et au nombre des hallucinations. Dès que les phénomènes morbides s'atténuent, dès que le malade peut être supportable dans la vie commune, on le transfère dans un quartier de tranquilles, où l'on tente de l'occuper au travail, à la lecture; si cela réussit, on cesse de l'aliter, sinon, on le remet au lit.

Au maintien au lit, il est bon d'associer le mouvement, les promenades, quelques travaux très simples à l'air libre. Il faut du reste que tous les malades prennent l'air quelques heures. L'été on les porte dans leur lit, sur la terrasse. Ils se lèvent pour le déjeuner, le dîner, le thé. On ne leur refuse point non plus de se promener dans la salle de jour.

La rigueur de l'alitement n'est nécessaire que pendant les

premiers temps; une fois que le régime est commencé, il n'est pas enfreint parce que tel ou tel malade se lève pour quelques instants. La plupart des malades, au reste, se couchent et demeurent couchés si volontiers qu'on a parfois de la peine à les mettre sur leurs jambes : d'aucuns pour ainsi dire y répugnent. On joint à l'alitement la mise en œuvre de tous les agents physiques, chimiques et psychiques indiqués.

L'alitement permet de diminuer les dimensions, des salles de jour, de restreindre le nombre des cellules à 1 pour 15 agités, de transformer les cellules en chambres d'isolement (on ne conservera qu'une à deux cellules du type ancien), de diminuer le nombre des serviteurs parce que la surveillance est plus facile et les voies de fait sont plus rares et moins graves. A ce dernier égard cependant 1 infirmier pour 6 malades ne suffit pas. En effet le dispositif le plus efficace, c'est un dortoir moyen bien éclairé et bien ventilé pour 8 à 10 malades, autour duquel sont installés 1 dortoir ou 2 dortoirs de 4 à 5 lits; or, outre les infirmiers de service dans le dortoir, il en faut en dehors et dans les autres salles. P. KERAVAL.

XIX. **Quatorze mois d'application du maintien au lit dans les états d'excitation psychique** ; par LION. (*Obozrénié psichiatrii*, nos 4, 5, 6, 1899.)

Le service des hommes de l'hôpital des aliénés du *Zemstwo* de Samarsky comprend 210 à 220 malades. Depuis le 1er janvier 1898, on a dans la section des agités et violents, installé le traitement au lit pour tous ceux qui présentent de l'excitation. On y a organisé un groupe de pièces destinées à la surveillance continue par fractionnement des malades ; l'alitement dans les cellules des insociables généralement tranquilles; quatre chambres isolées pour les agités en permanence qui ne se soumettent pas au traitement au lit; 2 cellules pour les aliénés relativement calmes, mais agressifs. On soigne de cette façon 146 patients, à l'aide de 20 serviteurs; garde continue des assistants. L'auteur se loue de ce système.

Aucun de ces malades n'a été couché par la force; l'alitement a été obtenu par suggestion, silence, action morale, agrément du lit, les bains chauds, quelquefois un médicament calmant, un court isolement dans les cas extrêmes, l'évacuation opportune des intestins trop pleins. On laisse du reste, les premiers jours, les malades récalcitrants s'asseoir sur leur lit, aller et venir, s'imprégner graduellement de la mise en scène. Quelquefois, on les voit aller humblement se coucher dans une pièce séparée. En cas de refus persistant, on place le lit dans une cellule dont on ne ferme la porte que si le malade est agressif.

Alitement au surplus ne veut pas dire être étendu comme une momie jour et nuit, le calme s'obtient simplement avec une quinzaine d'heures de décubitus ; le reste du temps le malade se peut asseoir dans son lit, passer quelque temps dans la salle de jour, se promener, aller même à l'air. On peut dire que ce système a évité la cellule, l'isolement en cellule, à la pluralité des 146 agités en question, et a permis de remplacer les cellules par des chambres d'isolement, sans l'isolement.

Ce sont les *épileptiques* qui nécessitent le maintien de 4 cellules vraies, dont deux seulement, en moyenne, sont fermées. Ce sont eux qui se soumettent difficilement à l'alitement, qui sont le plus agressifs, à raison de l'état de leur connaissance, de l'impétuosité de leurs impulsions. On est obligé de les coucher dans une chambre séparée, et, dans les moments critiques, de fermer la cellule. Inversement, l'épileptique, peu suggestible, obnubilé c'est-à-dire séparé du monde extérieur, échappe aux dangers pernicieux de l'isolement.

L'alitement calme l'excitation psychique surtout celle qui est d'origine psychomotrice. Les 146 agités se sont tous calmés, soit rapidement, soit graduellement. C'est ce qui a eu lieu, dans les formes mentales suivantes :

Démence paralytique	28
Confusion mentale	28
Folie alcoolique	22
— épileptique	8
— périodique	8
— transitoire	8
Démence consécutive	5
Folie systématique	4
Démence précoce	4
Catatonie	4
Idiotie	3
Folie organique	3
Délire aigu	3
Mélancolie	2
Folie traumatique	2
Confusion mentale asthénique	2
Psychoses à l'étude	2
Imbécillité	1
Démence consécutive à délire chronique	1
Démence sénile	1
Marasme sénile	1
Folie grippale	1
— maremmatique	1
Etat hypnotique	1
Méningite	1
Commotion cérébrale	1
Folie par insolation	1
	146

Si le plus grand nombre de malades qu'il fallut aliter furent

des paralytiques, des confus et des alcooliques, c'est que ces trois espèces de malades prédominent ; c'est aussi chez eux que l'alitement a agi le plus favorablement.

L'alitement est continué jusqu'à ce que l'excitation ait disparu. Il n'a pas fallu pour cela plus de 10 jours pour 74 malades ; il a fallu de 3 à 4 semaines pour 38 d'entre eux ; il a fallu plus de 4 semaines pour 34, plus de 3 mois pour 11. Autant dire que, quelle que soit la forme mentale, deux ou trois semaines au plus d'alitement suffisent. Ceci indique en même temps que l'alitement n'a pas besoin d'être prolongé.

Etude comparative de la mortalité dans le service des hommes (alités) et dans le service des femmes (non alitées).

Mouvement de la population :

	Hommes.	Femmes.
Présences au 1er janvier 1898	222	117
Entrées dans le courant de l'année	264	118
Total	486	235
Morts	60	30
Mortalité centésimale	12,3 p. 100	12,7 p. 100

Alitement et mortalité dans le service des hommes :

Présences au 1er janvier 1898	222
Entrées jusqu'au 1er mars 1899	298
Total	520
Nombre d'alités	146
Non alités	374
Morts en 14 mois	65
Mortalité centésimale	12,5 p. 100.

Les soixante-cinq décès, se décomposent en :

13 alités = 9 p. 100 et 52 non alités = 13,8 p. 100.

Ceux des malades alités concernent des accidents n'ayant rien à aire avec l'alitement.

Le rapport de la durée de l'alitement, c'est-à-dire de l'excitation, et du chiffre de la forme mentale montre que les 146 malades sont demeurés 3.733 jours au lit, c'est-à-dire, chacun en moyenne 25,5 jours ; que c'est la confusion mentale qui a été la plus lente à calmer, l'alcoolisme étant au contraire le plus vite amendé, mais que dans les deux cas la sédation a d'ordinaire coïncidé avec l'arrivée de la convalescence. C'est à l'âge de 20 à 40 ans qu'on obtient le meilleur résultat parce que c'est à cet âge que se manifeste la plupart du temps l'agitation qui a nécessité l'alitement ; sur 146 malades traités, on a obtenu 40 guérisons, 30 améliorations.

Conclusions : 1° Avec l'alitement disparaît la guerre à l'asile ; 2° les instincts de destruction s'atrophient (démonstration mathématique); 3° la propreté des malades augmente et avec elle la pureté de l'air noso-comial et l'hygiène de l'aliéné ; 4° les malades, plus tranquilles, dorment mieux et sans narcotiques (tableau de la consommation des soporifiques) ; 5° l'isolement est réduit au minimum : 4 cellules suffisent, et au delà, pour 220 hommes ; et encore n'en occupe-t-on que deux, de plus non constamment ; 6° l'asile ressemble presqu'à un hôpital ordinaire.

P. Keraval.

XX. **Hystérie et suggestion**. (*Académie royale de Médecine de Madrid.*)

Sur une communication de M. G. Alvarez, une longue discussion qui a duré plusieurs séances s'est ouverte à l'Académie de Madrid L'auteur, en désaccord avec les théories de la Salpêtrière, va plus loin que l'École de Nancy et s'il reconnaît le danger de l'hypnotisme livré à des mains non scientifiques, il en exalte très haut la valeur curative et attribue ses effets à un « *fluide radiant* » qui siège dans le cerveau de l'opérateur. MM. Morejon, Iglesias, San Martin, Otz et Mariani se sont montré d'un avis tout à fait différent. L'hystérie relève avant tout du traitement par les agents physiques, l'influence du milieu, les reconstituants aidés par un emploi rationnel des calmants appropriés, l'hypnose n'est qu'un utile adjuvant et ne doit intervenir qu'en toute nécessité, et comme thérapeutique symptomatique. L'hystérie est toujours difficile à guérir et c'est à la prophylaxie par l'hygiène de l'enfance qu'il faut demander une défense contre elle. Il n'y a d'ailleurs pas un traitement exclusif de l'hystérie, celui-ci doit varier selon l'âge et même selon le sujet et selon toutes sortes de conditions; la suggestion est vieille comme le monde, on l'applique sans s'en douter, elle a toujours secondé la thérapeutique sans avoir besoin pour en expliquer les effets d' « un fluide radiant ». Celui-ci nous ramène inutilement aux « *esprits vitaux* », au « *fluide magnétique animal* », au spiritisme et autres fables des époques dogmatiques. La valeur de la suggestion à l'état de veille suffit à montrer l'exagération de la supériorité exceptionnelle attribuée à l'hypnotisme, qui doit être retenu comme thérapeutique de réserve seulement. (*Revista de Med. y Cir. Proct.*, n°s 695 à 603.) F. B.

XXI. **Traitement par la suggestion des perversions sexuelles et de l'onanisme** ; par W. M. Bechterew. (*Obozrénié psichiatrii*, n° 8. 1898.)

Voy. *Centralblatt f. Nervenheilk.*, 1899 : déjà analysé. P. K.

XXII. Contribution au traitement par la suggestion de l'inversion du sens génital et de la masturbation; par de SCHRENCK. — NOTZING. — **Contribution au traitement des anomalies dégénératives de l'instinct sexuel**; par W. DE BECHTEREW. (*Centralblatt f. Nervenheilk.*, XXII, N F. X, 1899)

M. de Schrenck reproche au professeur russe de s'être donné comme l'inventeur de cette méthode de traitement, dans l'onanisme et l'homosexualité. Il lui cite la bibliographie antérieure à ses articles russes et allemands. M. de Bechterew se défend de cette prétention ; il a simplement voulu publier deux observations intéressantes de nature dégénérative. P. KERAVAL.

XXIII. Sur le traitement de l'onanisme par la suggestion hypnotique; par W. M. BECHTEREW. (*Obozrénié psichiatrii*, n° 3, 1899.)

Lorsque la volonté est à ce point affaiblie que l'homme ne puisse se défaire de ses mauvaises habitudes, l'hypnotisme est le moyen le plus fécond. Voici chez une fillette de sept ans un résultat surprenant. Observation prise par la maman. « Que ne connaissais-je ce moyen, alors que j'étais professeur à Kasan, j'eusse sauvé une petite fille de cinq à six ans qui s'adonnait à l'onanisme partout : Je l'eusse sauvée ! » P. KERAVAL.

XXIV. Importance de l'emploi concurrent de l'hypnotisme et d'autres moyens dans le traitement de l'ivrognerie habituelle; par W.-M. BECHTEREW. (*Obozrenie psichiatrii*, n° 1, 1899.)

Même article en allemand *in Centralbl. Nervenheilk.*, 1899. Déjà analysé. P. KERAVAL.

XXV. L'importance de l'addition de l'adonis vernalis ou de la digitale aux bromures et à la codéine dans le traitement de l'épilepsie; par W.-M. BECHTEREW. (*Obozrénié psichiatrii*, III, n° 9, 1898.)

Voyez *Neurogloisches Centralblatt*. XVII, 1898. Analysé.
P. KERAVAL.

XXVI. Le traitement de l'épilepsie par l'emploi simultané des bromures et de l'adonis vernalis; par F.-S. TEKOUTIEW. (*Obozrénié psichiatrii*, III. n° 3, 1898.)

Observation d'un petit garçon de dix ans. Le mélange de bromure, d'adonis vernalis et de codéine fait cesser les attaques, et, en outre, rétablit les facultés intellectuelles très amoindries ainsi que le développement physique régulier. P. KERAVAL.

XXVII. Le traitement des enfants idiots et arriérés en Belgique; par le Dr Ley. (*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, décembre 1899.)

La Belgique, dit l'auteur de ce travail, est très en retard sur les autres pays en matière d'éducation des enfants idiots et arriérés. Il propose, conformément aux vœux récemment formulés par la Société de médecine mentale, de créer :

1° Pour les *idiots* et les *imbéciles* des colonies pourvues d'asiles-écoles : dans ces asiles-écoles, seront traités les idiots valides ; ils y seront classés suivant leur degré d'éducabilité. Les idiots convulsivants y seront complètement séparés des autres. Le régime du demi-temps (*half-time system*) sera appliqué avec avantage dans ces asiles-écoles. Les colons seront autant que possible employés aux travaux champêtres et hospitalisés dès que le diagnostic aura pu être posé ;

2° Pour les *arriérés proprement dits*, des écoles d'enseignement spécial séparées des écoles ordinaires ;

3° Pour les *épileptiques* et les *convulsivants* de toute nature, des écoles complètement séparées des autres. G. D.

XXVIII. Résultats du traitement chirurgical des tubercules cérébraux; par le Dr Treyer. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1900, nos 5 et 6.)

Sur les 16 observations, dont 2 inédites, rapportées dans ce travail, 12 concernaient des tubercules du cerveau et 4 des tubercules du cervelet.

Sur les 4 malades opérés pour des tubercules du cervelet, 2 sont morts quelques heures après l'opération, et 2 quelques mois après, de récidive.

Sur les 12 malades opérés pour des tubercules du cerveau, 1 est mort de shock, 1 six semaines après l'intervention, 3 au bout de quelques mois et 7 ont eu une survie de 5 mois à 7 ans. Onze fois la tumeur recherchée et trouvée avait son siège dans la région rolandique ; une fois elle était située dans le lobe frontal, sa localisation put être déterminée avant l'opération grâce à un abcès froid du crâne siégeant au niveau de la tempe.

Dans la majorité des cas le diagnostic de tuberculome avait été considéré comme très probable, soit à cause des anamnestiques, soit en raison de la coexistence de lésions tuberculeuses dans d'autres organes.

Malgré les résultats opératoires peu encourageants énoncés ci-dessus, l'auteur estime que l'extirpation des tubercules du cerveau est justifiée, chaque fois qu'il ne s'agit pas d'un cas de tuberculose avancée ou généralisée. G. Deny.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

I. **Le diagnostic différentiel de l'apoplexie hystérique et de l'apoplexie organique** ; par J. Crocq. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 21.)

L'auteur rapporte deux faits qui prouvent que l'on aurait tort de considérer le diagnostic de l'apoplexie hystérique comme facile. En tenant compte des antécédents et de l'âge du malade, de la cause et des caractères de l'ictus, de l'évolution des paralysies et des anesthésies, on pourra dans un grand nombre de cas, arriver à une conclusion exacte, mais il en est d'autres dans lesquelles le diagnostic pourra présenter des difficultés insurmontables. G. D.

II. **Un cas d'ophtalmoplégie orbitaire** ; par J. Crocq. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 23.)

La malade qui fait l'objet de cette observation était atteinte d'une paralysie de tous les nerfs du globe oculaire associée à une névralgie du maxillaire supérieur et de l'ophtalmique de Villis.

Cette ophtalmoplégie, d'après M. Crocq, ne peut être nucléaire, car dans ce cas les altérations seraient limitées au domaine des nerfs ayant des connexions cellulaires centrales ; elle n'est pas non plus extra-orbitaire, car la paralysie des deux branches orbitaires du trijumeau ne pourrait dans ce cas, exister. La lésion doit fatalement siéger dans la cavité orbitaire et ne peut être qu'une compression ou une altération névritique rhumatismale. G. D.

III. **Un cas d'amyotrophie progressive d'origine traumatique** ; par F. Sano. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 23.)

Il s'agit d'un cas d'amyotrophie de la jambe droite avec diminution de la sensibilité survenue progressivement deux mois et demi après un traumatisme grave ayant porté sur la poitrine et la colonne vertébrale.

D'après l'auteur ces accidents ne sauraient être attribués à une lésion médullaire : le diagnostic différentiel doit se limiter entre une affection névritique et une amyotrophie progressive avec des phénomènes surajoutés d'anesthésie hystéro-neurasthénique d'origine traumatique. G. D.

IV. **Un cas de poliomyélite aiguë en voie de guérison**; par J. Crocq. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 23.)

Le sujet de cette observation est une malade qui trois mois après avoir fait un violent effort, est atteinte d'une paraplégie flasque incomplète, avec abolition des réflexes et douleurs lombaires. Quinze jours après apparaissent l'incontinence d'urine et des matières fécales, de la fièvre puis des eschares. La fièvre tombe au bout de huit jours, bien que les eschares continuent à augmenter; la malade présente un jour un état comateux inquiétant, puis, progressivement, tous les phénomènes s'améliorent, l'incontinence disparait, la mobilité revient, les eschares guérissent et il n'y a plus actuellement qu'une parésie des membres inférieurs avec abolition des réflexes.

L'auteur rejetant l'hypothèse d'une polynévrite et d'une hématomyélie croit pouvoir attribuer ces accidents à une myélite, ayant évolué lentement au début, étant subitement devenue aiguë pendant huit jours, et ayant ensuite marché progressivement vers la guérison.

En ce qui concerne la localisation du foyer on doit admettre qu'il siégeait au niveau du renflement lombaire et qu'il a atteint les cornes antérieures, car tous les phénomènes se sont bornés à des troubles moteurs et sphinctériens. Il s'agirait donc d'un cas de poliomyélite en voie de guérison. G. D.

V. **Phénomène singulier de l'ataxie locomotrice**; par le Dr Freeman-F. Ward. (*Journal of nervous and mental disease*, février 1899.)

Malade atteint d'atrophie double de la papille. Il présente le signe de Romberg d'une manière très accentuée, et tombe aussitôt qu'il ferme les yeux. Il est âgé de cinquante-trois ans, et sa maladie a commencé il y a quatorze ans avec diminution graduelle de la vue. Le Dr H.-M. Thomas, de Baltimore a rencontré ce signe de Romberg deux fois chez des aveugles. Le Dr Leszynsky rapporte le cas d'une femme tabétique aveugle, qui présentait une ataxie considérable quand elle réunissait ses pieds, mais, dans son cas, au moment où elle fermait les yeux l'ataxie disparaissait. P.

VI. **Hémiplégie et aphonie hystériques avec symptômes mentaux**, par S. H. R. Montgomery. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1847.)

Homme de quarante-deux ans, marié, boxeur renommé, grand buveur ; bonne santé. En novembre 95 perte de connaissance, avec mouvements spasmodiques des bras et des jambes. En revenant à lui,

il ne peut pas parler, mais se fait comprendre par signes. Le bras et la jambe droits sont très affaiblis. Pendant plusieurs jours, séries d'attaques convulsives qui finissent par disparaître, mais laissent la jambe et le bras droit paralysés. Alité jusqu'en 1896, il reprend graduellement l'usage de ses membres, mais la voix reste entièrement perdue. En octobre 1896, à l'hôpital, faradisation intralaryngée; résultat, récupération immédiate et complète de la voix, suivie d'un accès de manie aiguë dans lequel il veut se jeter par la fenêtre et se débat violemment contre ceux qui veulent l'en empêcher. Il entre à l'asile en état d'excitation maniaque; dès le lendemain il est calme et raisonnable. Vision de l'œil droit légèrement abaissée; surdité à droite. Le bras droit est atrophié et un peu rigide : contracture des 3e et 4e doigts de la main droite. Atrophie et roideur de la jambe droite où les tentatives de flexion sont très douloureuses. Réflexe rotulien égal des deux côtés, mais exagéré. Amélioration rapide.

Ce cas est surtout intéressant par le développement d'accidents hystériques chez un homme de 45 ans, menant une vie très active et qui selon toute apparence aurait dû être aussi éloigné que possible de toute prédisposition à l'hystérie. R. DE MUSGRAVE CLAY.

VII. Contribution à l'étude de l'hystérie de l'enfance telle qu'on l'observe aux Etats-Unis d'Amérique; par HERMAN, B. SHEFFIELD. (*The New York Medical Journal*, 17 septembre et 24 septembre 1898.)

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° L'hystérie est une neuro-psychose qui se manifeste par un ensemble de troubles fonctionnels de l'un des centres ou de tous les centres les plus élevés (intelligence, sensibilité et volonté) avec altérations secondaires dans les centres inférieurs, le tout ayant pour substratum un état morbide de la substance nerveuse. La question de savoir si cet état morbide a pour siège le neurone, la cellule nerveuse, la fibre nerveuse, ou bien tous ces divers éléments, demeure encore sans solution précise.

2° L'étiologie de l'hystérie chez l'enfant comme chez l'adulte est très obscure. Tout ce qui abaisse le taux de la vitalité du sujet agit comme cause prédisposante. Le rôle joué par l'hérédité dans l'étiologie de l'hystérie a été surfait. Il faut attacher beaucoup plus d'importance aux causes, acquises dans le grand nombre desquelles il faut mentionner spécialement l'imitation, les méthodes vicieuses d'éducation et de discipline, l'alcoolisme des enfants et le traumatisme.

3° L'hystérie frappe les garçons aussi bien que les filles dans la proportion de un contre deux : elle est comparativement rare chez les enfants au-dessous de huit ans.

4° La symptomatologie de l'hystérie devient caractéristique à force de variabilité et de multiplicité. Aux Etats-Unis on observe en général les symptômes dans l'ordre suivant de fréquence : *a*) affections spasmodiques (convulsions, spasme des muscles du larynx, croup, contractures, catalepsie) ; *b*) symptômes sensoriels (sensations douloureuses, anesthésie, cécité, rétrécissement du champ visuel, hémianopsie, surdité) : *c*) troubles moteurs (paralysies des extrémités, paralysie des muscles laryngés, aphonie) ; *d*) troubles viscéraux et vaso-moteurs (affections du tube digestif, dyspnée, tachypnée, hyperpyrexie).

5° Le traitement général consiste dans la suppression des causes, l'observation attentive des règles de l'hygiène générale, l'isolement et le repos, la suggestion et l'hypnotisme. La durée de la maladie dépend beaucoup de l'habileté mise en œuvre dans le traitement. Le pronostic est toujours favorable. R. DE MUSGRAVE CLAY.

VIII. **Sur un cas d'infantilisme myxœdémateux**; par J. GOYANES. (*Siglo Medico*, n° 2394.)

Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans présentant tous les attributs physiques et intellectuels d'un enfant de douze ans. Sauf un léger gonflement des joues, rien n'attire l'attention sur l'origine de ce nanisme, les proportions des parties du corps étant assez élégantes. Cependant, le corps thyroïde est complètement atrophié et on retrouve à la mensuration les caractères osseux de l' « infantilisme thyroïprive ». Les antécédents s'accordent avec ces signes pour diagnostiquer ce genre d'infantilisme, qui, dans de tels cas, peuvent être confondus avec les infantilismes de nature et d'étiologie différentes. F. BOISSIER.

IX. **Survival Movements of human Infancy**; par A. MUMFORD. (*Brain*, vol. XX, p. 290.)

L'auteur donne ce nom aux mouvements inconscients du premier âge, auxquels il attribue une origine ancestrale lointaine. L'étude de ces mouvements le conduit à y voir les vestiges des mouvements propres à la vie aquatique et arboricole (mouvements de simple progression aquatique, terrestre ou aérienne; mouvements de préhension arboricole; mouvements de manipulation pour la recherche ou le dépouillement de la nourriture). M. Mumford a étudié quelques nouveau-nés à ce sujet, il demande que ces recherches soient complétées et approfondies. F. BOISSIER.

X. **Hémianopsie et plus spécialement ses variétés transitoires**; par W. HARRIS. (*Brain*, vol. XX, p. 308.)

D'un examen complet de l'hémianopsie sous toutes ses formes

(homonyme, bitemporale, binasale, centrale incomplète, double, avec hallucinations, à la couleur, en quart de cercle, etc., etc.), l'auteur infère, avec beaucoup d'observations à l'appui, que ce phénomène est rarement binasal, plus souvent latéral et très souvent localisé à gauche. L'hémianopsie s'accompagne généralement de rétrécissement du demi-champ resté sain ; elle se montre parfois comme accident transitoire dans l'hystérie. L'hémianopsie due à des lésions vasculaires du cunéus débute souvent par un obscurcissement de tout le champ visuel, allant même jusqu'à l'amaurose complète par inhibition du demi-centre sain. Les territoires corticaux visuels ne sont pas divisés en centres respectifs pour la couleur, pour la forme, pour la lumière; mais l'hémiachromatopsie est plutôt due à une lésion sur un point quelconque des voies optiques, situé entre le chiasma et les centres corticaux. L'hémianopsie en quart de cercle peut être due à une lésion de la capsule interne. Les fibres de la région maculaire n'ont pas une marche spéciale dans les voies optiques où elles suivent la même distribution que celles des autres parties de la rétine ; mais le centre cortical de la macula est moins exposé à la destruction complète que les autres et reprend plus vite ses fonctions. Le scotome scintillant est causé par une décharge dans le demi-centre obnubilé du cunéus ; les hallucinations de la moitié aveugle sont dues à des irritations à distance réflexes de centres visuels plus élevés. L'hémianopsie de la migraine est due à une décharge épileptique dans le demi-centre visuel d'un côté, et dans bien des cas une décharge épileptique peut prendre naissance dans le demi-centre visuel d'un côté et ne pas le dépasser, y produisant alors l'hémianopsie, ou le dépasser jusqu'à produire des convulsions unilatérales sans perte de connaissance ou même l'épilepsie complète. Cette hémianopsie transitoire est rare dans l'épilepsie jacksonienne et n'arrive que si le demi-centre visuel est légèrement altéré, ou au moins hyperesthésié et prompt à la décharge spontanée comme dans la migraine. Elle peut enfin souvent accompagner les convulsions unilatérales dans la paralysie générale et se montre parfois au cours de l'urémie. Les centres auditifs peuvent présenter les mêmes accidents par propagation de la décharge épileptique. F. Boissier.

XI. **Tremblement hystérique**; par Valle y Aldabalde. (*Académie medico-chirurgicale espagnole.*)

Un homme de vingt ans, ayant subi un traumatisme, s'endort sous un hangar un jour d'été, il se réveille avec un tremblement du bras gauche qui dure actuellement depuis trois ans. Tout le membre, depuis l'épaule jusqu'aux doigts inclusivement, est agité par une trémulation rythmique qui s'exagère pendant les mouvements volontaires. Quelques stigmates sensitifs d'hystérie ont per-

mis d'etablir le diagnostic. Tous les traitements possibles out échoué, sauf l'hypnotisme, qu'on n'a pas encore essayé et auquel le malade va être soumis. (*Revista de Med. y Cir. practicas*, nº 592.)

F. B.

XII. **Un cas aigu de maladie de Graves et son anatomie pathologique**; par A. Foxwell. (*Brain*, vol. 20, p. 277.)

Femme quarante-cinq ans, bons antécédents, gonflement thyroïdien, tachicardie, exophtalmie légère, persistance du thymus, dilatation de la pupille gauche, amaigrissement et épuisement extrêmement rapides, insomnie, agitation, vomissements incoercibles souvent sans nausées ni efforts; durée de la maladie, six mois. Mort dans le marasme cachectique. — Le plancher du 4e ventricule paraît épaissi, les nuances en sont effacées, les sillons exagérés, l'orifice du calamus élargi; sur les coupes: épaississement et sclérose de la pie-mère et du tissu nerveux sous-jacent de toute la région du 4e ventricule, vaisseaux dilatés et gorgés, sclérose sur certains territoires englobant les noyaux de la 10e paire; hémorrhagies capillaires sous le plancher du 4e ventricule et nombreux corps amyloïdes. Ramollissement de la surface des deux couches optiques, vascularisation excessive de la surface du cerveau, du cervelet et de la moelle. F. B.

XIII. **Neurasthénie et hystérie traumatiques**; par Ph. Coombs Knapp. (*Brain*, vol. 20, p. 385.)

De l'étude de 120 cas et de toutes les théories proposées, ce mémoire tire d'excellents éclaircissements pour la difficile question médico-légale des névroses traumatiques. Discutant vivement l'opinion de Strümpell, toujours avec des faits précis, l'auteur réhabilite les malades qui demandent aux compagnies des indemnités; qui lorsqu'elles sont obtenues sont le plus souvent très au-dessous du dommage causé. La comparaison des cas ayant donné lieu à des procès avec ceux qui ne sont jamais entrés en litige, est démonstrative. L'influence suggestive de la procédure sur le malade n'est pas celle que Strümpell lui attribue. Le pronostic et la marche sont les mêmes qu'il y ait ou non intervention litigieuse. Une seule chose est à remarquer dans cet ordre d'idée, c'est que la longueur des procès, pour ceux qui durent des années, assombrit généralement le pronostic. Tous les symptômes sont passés en revue au point de vue de leur valeur et des moyens de s'assurer de leur réalité. La discussion serrée et concise du mémoire en rend la lecture nécessaire, tous les détails en étant également importants.

F. B

XIV. De l'inflammation ankylotique de la colonne vertébrale et des grandes articulations; par W. M. Bechterew. (*Obozrénie psichiatrii*, n° 3, 1899.)

Deux observations qui d'après l'auteur réunissent tous les caractères des observations de MM. P. Marie et A. Struempell, mais tout à fait distinctes de la maladie qu'il a, lui, Bechterew, désignée sous le nom de raideur de la colonne vertébrale avec incurvation. L'affection commence par les membres et affecte non pas seulement les articulations du tronc, mais celles du genou et du pied. C'est une affection ossifiante, rhumatismale, qui monte et gagne la colonne vertébrale, qui porte aussi sur les parties molles et les muscles périarticulaires; la cyphose est inconstante; inconstants sont les symptômes radiculaires.

Le nom de spondylose rhizomélique de Marie est donc mauvais. Mauvaise aussi la dénomination de A. Struempell qui semblerait vouloir limiter la maladie aux articulations coxofémorales.

L'auteur propose le terme d'*inflammation chronique ankylosante des grandes articulations et de la colonne vertébrale*. P. Keraval.

XV. De l'ankylose de la colonne vertébrale; par S. Popoff. (*Neurologis. Centralbl.*, XVIII, 1899.)

Nouvelle observation d'ankylose avec incurvation de la colonne vertébrale constituant une forme mixte, tenant à la fois des faits de Struempell, P. Marie, Bœumler, Kœhler, Beer et Schatalow (spondylose rhysomélique), par la concomitance de l'ankylose vertébrale et de l'ankylose des articulations périphériques — et des faits de Bechterew, par l'incurvation de la région thoracique de la colonne vertébrale à grande amplitude et l'existence des douleurs névralgiques.

L'auteur fait remarquer que la première série des faits a à son actif : au début, des douleurs, soit dans les genoux, soit dans la hanche, soit dans la région lombaire, sans tuméfaction ni rougeur des articulations; puis l'immobilité avec ankylose des parties inférieures de la colonne vertébrale dont la partie supérieure après être restée pendant un certain temps mobile devient bientôt raide et incurvée. L'incurvation prend tout, partie de la région cervicale ou de la moitié inférieure de cette région; plus bas, la colonne vertébrale est verticale par suite de la disparition de la lordose normale de la région lombaire. Toujours, dit P. Marie, il y a ankylose des articulations centrales de la hanche et de l'épaule; pas d'hérédité, causes inconnues. Quelquefois refroidissement, contusion du dos par chute dans une cave; un cas d'atrophie musculaire sans réaction dégénératrice (Marie); quelque diminution de l'excitabilité électrique du dos (Beer). L'ensemble du

complexus symptomatique serait, d'après Bœumler, d'origine articulaire.

Dans la seconde série de faits, on signale l'hérédité, un traumatisme du dos. Il y a ankylose incomplète ; les mouvements des vertèbres sont encore possibles. La région thoracique est incurvée. Chez quelques malades existe de l'anesthésie, de l'hyperesthésie, de l'atrophie musculaire, de la diminution de l'excitabilité électrique.

L'observation présente de Popoff montre un développement extrêmement rapide de l'ankylose et de l'incurvation de la colonne vertébrale. Il y a eu refroidissement et deux mois après ankylose. L'étude des antécédents rapprochée de l'évolution des accidents actuels révèle une arthrite rhumatismale de diverses articulations, avec rougeur, gonflement, puis ankylose ; finalement une arthrite vertébrale, en un mot une affection goutteuse. C'est bien ici la douleur qui force le corps à s'infléchir en avant pour dégager, de la pression supérieure du corps, les autres vertèbres malades ; et la colonne s'immobilise dans cette situation. La tension musculaire ne joue peut-être pas un rôle exclusif dans la genèse de l'incurvation ; il est possible que, simultanément, l'élément spasmodique se double d'une altération organique des articulations vertébrales.

P. Keraval.

XVI. Une observation de tabes dorsal avec paralysie bulbaire ; par M. Bloch. (*Neurolog. Centrabl.*, XVIII, 1899.)

Dégénérescence tabétique des cordons postérieurs ; rétrécissement et insuffisance des valvules aortiques ; dilatation anévrysmale de l'aorte ascendante. Le malade (qui vit encore) présente en outre une paralysie bulbaire par lésion de la région des noyaux c'est-à-dire une paralysie glossolabiopharyngée. comme dans les deux seuls cas connus d'Horward (*American Journal of medical Science*, mars 1889) et de Charcot (*Progrès médical*, 17 juin 1893). Paralysies des muscles des yeux ; troubles dans le domaine du trijumeau ; atrophie du nerf optique ; phénomènes de la paralysie bulbaire progressive ; symptômes classiques du tabes ; immobilité fixe réflexe des pupilles, signe de Westphal (unilatéral). Les symptômes relatifs aux membres inférieurs paraissent cependant avoir rétrocédé ; l'ataxie est peu prononcée.

Il y a paralysie laryngée mais l'image laryngoscopique est celle que l'on obtient en pareil cas dans le tabes. Or, dans la paralysie laryngée bulbaire la paralysie atteint les adducteurs des cordes vocales, presque jamais les abducteurs ; ce syndrome serait donc ici plutôt tabétique. P. Keraval.

XVII. **De la microgyrie et de la microphthalmie**; par S. Kalischer. (*Neurologisches Centrabl.*, XVIII, 1899.)

Il s'agit d'une fillette de cinq ans atteinte d'une microphthalmie du côté gauche due à un kyste gliomateux situé derrière le globe de l'œil; le gliome a envahi le nerf optique jusqu'au chiasma; celui-ci pas plus que le reste du système optique situé au-dessus ne décèle ni asymétrie ni anomalie. L'écorce du cerveau présente, surtout au niveau des lobes frontaux, pariétaux et occipitaux, des altérations de la méningoencéphalite avec ratatinement, atrophie et plissement des circonvolutions, et de la sclérose diffuse par méningite ausculaire (ratatinement, déplacement de la névralgie, stratification anormale des cellules et fibres nerveuses).

L'auteur croit à la simultanéité des lésions pareilles mais indépendantes du cerveau et de l'œil; elles se sont produites dans les premières semaines du développement fœtal à l'époque du stade de la vésicule oculaire primitive (Virchow et Bernheimer).

Les accidents convulsifs et l'idiotie constatée en ce cas particulier étaient en rapport avec les altérations cérébrales des régions frontales, occipitales. P. Keraval.

XVIII. **Petite contribution à la question du tabes syphilitique**; par E. A. Homen. (*Neurolog. Centralbl.*, XVIII, 1899.)

Observation d'un jeune Finlandais de vingt-deux ans, atteint de tabès vrai avec prédisposition due à la syphilis paternelle; père également alcoolique; ce n'est pas une affection syphilitique héréditaire directe, une syphilis cérébrospinale.

Douleurs lancinantes, absence de phénomène du genou, inégalité des pupilles avec réaction paresseuse, atrophie des nerfs optiques; ataxie faible mais nette, troubles vésicaux; analgésie des pieds et des jambes. Diminution de la sensibilité tactile correspondant à la disposition segmentaire de la moelle, ou au territoire innervé par les racines dorsales supérieures et moyennes, en un mot zone hypo-esthésique du tronc de Hitzig et Lœhr. Analgésie du cubital des deux côtés. Légères attaques apoplectiformes, ayant pu être produites par une affection en foyer syphilitique car elles ont cessé à l'hôpital sous l'influence d'un traitement antisyphilitique énergique tandis que les autres symptômes ont été peu modifiés. Le malade vit encore. P. Keraval.

XIX. **Thrombose de l'artère cérébrale antérieure**; par G. Bikeles. (*Neurolog. Centralbl.*, XVIII, 1899).

Observation d'une femme de quarante-six ans. *Nécropsie.* Figures.

A droite, ramollissement cortical des deux premières frontales, s'étendant dans la couche blanche à une profondeur de 3,2 cent. à 3,5 cent. Au-dessous existe un second foyer occupant la partie lenticulo-striée de la capsule interne sur une étendue de 8 millim, + 3 millim. Plusieurs foyers isolés dans les circonvolutions frontales. Rien du tout dans les ascendants, rien dans les parties lenticulo-optiques de la capsule interne. Les corps transverses et perpendiculaires de la couche optique décèlent tout à fait en avant, au-dessus des ganglions de la base, dans le centre ovale, une dégénérescence des manchons de myéline ; la capsule interne est intacte dans le segment lenticulo-optique. Dégénérescence, au contraire, très franche des faisceaux de l'anse du noyau lenticulaire qui traversent transversalement la capsule interne, c'est-à-dire de ceux qui, après avoir traversé la capsule interne, vont à la région subthalamique. Intégrité de l'anse du pédoncule cérébral, c'est-à-dire des fibres du noyau lenticulaire qui passent au-dessous du pédoncule. Au-dessous et en dehors du putamen, un petit foyer de ramollissement ; dans le putamen même, très nombreux détritus. Rien d'anormal dans le globus pallidus. P. KERAVAL.

XX. **De l'ataxie cérébrale aiguë** ; par M. DINKLER. (*Neurologisch. Centralblatt.*, XVIII, 1899.)

Un maçon de vingt-huit ans jusque-là bien portant a froid ; quelques heures plus tard, il éprouve un frisson avec tremblement violent, et perd connaissance. Délire grave. Deux jours plus tard, la fièvre cesse, le malade revient à lui ; il ne se rappelle plus qu'une chose, c'est que pendant plusieurs heures il a souffert de douleurs insupportables dans l'épaule gauche. On constate alors une ataxie extrêmement intense de la parole, des mouvements du tronc et des membres contrastant avec l'intégrité de la sensibilité (réflexes tendineux normaux). Au bout de six mois, rétention d'urine qui cède à un seul cathétérisme. Enfin, dans les cinq années ultérieures, amélioration graduelle de l'ataxie, le malade réapprend successivement à s'asseoir, à parler, à marcher.

L'analyse des symptômes indique l'ataxie des mouvements du tronc, des membres, de la parole, de la physionomie. Leur persistance et leur rétrocession rapprochées de l'intégrité de la deglutition, de la mastication, de la vision, indiquent aussi leur nature.

L'acuité du début, l'abattement général, la rapide évolution du processus indiquent qu'il y a eu infection dont la localisation a produit l'ensemble morbide. Evidemment il ne s'agit pas d'une sclérose en plaques. Une affection bulbaire ne cadrerait pas avec la généralisation et la gravité des perturbations du tronc, des extrémités, en l'absence de phénomènes de déficit sensitifs et moteurs.

L'inconscience avec délire de plusieurs jours rapprochée de l'absence de phénomènes paralytiques indique le cerveau. L'atteinte de la parole et le genre de l'ataxie, qui n'est pas du tout cérébelleuse, éliminent le cervelet. L'écorce est indemne puisqu'il n'y a pas de symptômes corticaux. Reste le territoire qui s'étend de la couronne rayonnante et des gros ganglions de la base aux pédoncules cérébraux. (V. Observations de Leyden, *Virchow's Archiv*, 1868 et 1891). P. KERAVAL.

XXI. **Deux observations de luxation spontanée tabétique de l'articulation coxofémorale**; par HUCHZERMEYER. (*Centralblatt f. Nervenheilk*, XXII, NF. X, 1899.)

On constate, dans les premiers cas, au niveau de la hanche gauche, un œdème pâteux indolent qui descend jusqu'au milieu de la cuisse ; le malade raconte que, quelques jours auparavant, il a ressenti un craquement dans les muscles de ce membre; à chaque pas il traîne le pied gauche en marchant et la hanche s'abaisse très bas comme dans la coxalgie ancienne; la jambe a subi un raccourcissement de 6 centimètres. La tête du fémur, sortie de la cavité articulaire repose, en arrière et en haut de cette cavité, sur l'os iliaque. Impossible de traiter cet accident parce que l'immobilité dans un appareil d'extension continue menace sa santé générale. Le raccourcissement de la jambe produit alors une scoliose des dernières vertèbres lombaires avec obliquité du bassin ; on lui fait porter un corset spécial et une chaussure à talon élevé. La seconde observation concerne également un homme. Un beau jour, en tirant sa botte gauche au moyen d'un tire-bottes, il ressent une piqûre dans le ventre, et éprouve une sensation de déplacement d'organe en cet endroit. Quelques jours plus tard, on constate la complète luxation de la tête du fémur gauche qui occupe la partie postérieure et supérieure de la gouttière sus-cotyloïdienne ; raccourcissement considérable de la jambe. Pas d'œdème. On ne s'occupe donc pas de réduire la luxation, d'autant qu'il s'agit d'un capitaine en retraite pour fracture de la jambe droite; et que la scoliose modérée des dernières vertèbres lombaires ainsi produite se trouve compensée de cette façon.

P. KERAVAL.

XXII. **Contribution à l'étude de la chorée héréditaire (d'Huntington)**; par L. LŒWENFELD. (*Centralblatt f. Nervenheilk.*, XXII, N F. X., 1899.)

Malade suivi depuis dix années. Ses parents et ses grands-parents ont été atteints non pas seulement de chorée semblable mais de maladies nerveuses caractérisées. L'hérédité chronique remonte à

ses arrière-grands-parents maternels : un frère et un cousin de sa mère ont été atteints de la même affection, et les aïeux du malade devaient porter cette prédisposition en eux à l'état latent. C'est pour cela que la chorée n'est pas chez lui progressive comme d'ordinaire, qu'elle est demeurée depuis dix ans à un degré modéré de développement, bien que les premiers éléments en soient apparus de très bonne heure relativement.

Choréique depuis près de quarante ans, il a conservé la plénitude de son intelligence. Il en est de même pour un oncle de ce malade, vieillard avancé, choréique depuis sa jeunesse. Néanmoins, de temps à autre il est déprimé et est sujet à des obsessions avec idées de suicide indépendantes de la dépression et passagères. Il a aussi des *tics coordonnés* dans le bras droit; d'un mouvement lent il porte l'avant-bras à l'oreille et se frotte légèrement le visage avec la main comme pour enlever quelque chose qui le gêne. Ces tics ont dû se produire au début volontairement pour arrêter les mouvements choréiques de la tête; ils sont ensuite devenus automatiques comme il arrive à bien des mouvements d'habitude.

En somme, chorée héréditaire légère sans caractère progressif, sans démence ni altération de l'intelligence, à mouvements relativement faibles qui, tout en rendant difficiles les opérations de la vie de chaque jour, ne les empêchent point. Mais chorée tout aussi incurable que la chorée progressive. P. Keraval.

XXIII. **L'étiologie en neuropathologie** ; par Grotjahn. (*Centralblatt f. Nervenheilk.*. XXII, N. F. X, 1899.)

Critique de la division des maladies nerveuses de P. J. Mœbius. L'étiologie sert surtout à diviser les savants. Savoir que la tuberculose est produite par un bacille, l'alcoolisme par un liquide, la syphilis par un agent syphilogin, ne nous donne pas la clef du mécanisme vital. Cela nous amène à étudier les influences physiques auxquelles est exposé l'individu, la constitution générale du corps permettant de résister ou de s'exposer à l'agent morbide, les importants facteurs sociaux en rapport avec les relations des individus les uns avec les autres. Mais cela ne nous donne pas la clef de la détermination quantitative, du contingent, de la part prise par les divers facteurs étiologiques à la genèse de l'état pathologiqne, ni des conditions dans lesquelles l'individu est exposé à l'ingestion immodérée des spiritueux. Il est presque absurde de prétendre que, lorsque deux tableaux morbides se ressemblent par leurs symptômes, leur mode de production, leur marche, c'est qu'ils ont la même cause. Sans doute, dire que la même cause pourrait produire des effets différents est idiot, mais les influences étiologiques sont bien compliquées ; ainsi il est extrêmement rare que l'effet soit le résultat d'une seule cause. L'effet est générale-

ment engendré par des causes multiples qui ont collaboré quantitativement de diverses manières, mais ont eu concurremment un même résultat. La même forme clinique de l'alcoolisme se produira dans tel cas où, la prédisposition individuelle étant très petite, les entraînements à l'excès seront très grands ; il se produira dans tel autre cas où, la prédisposition individuelle étant très grande, l'action du milieu sera très petite.

Sans doute toutes les conditions pathogéniques sont, en ce qui concerne l'individu, externes ou internes. Mais c'est un tort de diviser les maladies connues en deux classes d'après cette condition *sine qua non*. Mœbius ajoute : « Dans les maladies exogènes les causes sont qualitativement différentes (alcool, plomb, toxine) ; dans les maladies endogènes il n'y a généralement qu'une cause, la prédisposition qui varie suivant la quantité, l'intensité de la faiblesse de l'individu. » Eh bien, la question est justement de savoir si l'alcoolisme est alors exclusivement exogène ou simplement endogène ; même réflexion pour la tuberculose. Ceci suffit donc pour faire voir que la division des états pathologiques à l'aide des causes, en internes et externes, est impuissante.

Ce qui est mieux, c'est l'importance attribuée par Mœbius à la constitution psychopathique congénitale. P. KERAVAL.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 26 *mars* 1900. — PRÉSIDENCE DE M. MAGNAN.

Présentation de malade. — M. MARCHAND présente un jeune paralytique général chez lequel la maladie aurait débutée vers l'âge de dix-sept ans et dont il relate l'observation.

La microcéphalie et les suites de la craniectomie dans la microcéphalie. — M. LEGRAIN donne une analyse du travail de M. A. Pilez de Vienne sur la microcéphalie. Il partage les conclusions de l'auteur qui considère la craniectomie comme une opération reposant sur une fausse connaissance de l'anatomie pathologique de la microcéphalie. Elle doit être abandonnée dans tous les cas d'idiotie et ne peut être pratiquée, avec quelque apparence de

raison, que dans certains cas où, à côté de la faiblesse mentale, on constate l'existence de troubles mentaux pouvant faire soupçonner la coexistence d'une lésion cérébrale localisée[1].

L'hérédité dans la paralysie générale. — M. Hameline donne communication d'un travail accompagné d'observations cliniques sur l'hérédité dans la paralysie générale et en particulier dans l'hérédité similaire. Les recherches auxquelles il s'est livré dans le service de M. Magnan l'amènent aux conclusions suivantes :

A. En ce qui concerne l'hérédité des paralytiques en général :

1° La paralysie générale n'apparaît que dans près de la moitié des cas sans attache héréditaire et semble être alors une maladie acquise; 2° l'alcoolisme, les vésanies, etc., se partagent à peu près également les antécédents héréditaires; 3° l'hérédité paternelle est de beaucoup le plus fréquent; 4° les antécédents héréditaires sont un peu plus fréquents chez les femmes paralytiques que chez les hommes atteints de la même maladie.

B. En ce qui concerne l'hérédité similaire :

1° Cette hérédité est exceptionnelle (7 fois seulement sur 237 malades).

Délire hypochondriaque à forme évolutive. — M. Castin communique l'observation d'un cas de délire hypochondriaque à forme évolutive ayant duré toute la vie. Il s'agit d'une femme. Le délire a évolué, depuis l'adolescence jusqu'à la mort, en passant par trois périodes : une période d'hypochondrie simple, une période d'hypochondrie délirante, une période d'hypochondrie avec idées de négation. On ne trouve dans toute sa vie la trace d'aucune autre manifestation délirante. M. B.

Séance du 30 *avril* 1900. — Présidence de M. Magnan.

Prix Aubanel. — M. Pactet fait connaître le rapport de la Commission du Prix Aubanel. Ce prix est décerné à M. Coulon, médecin adjoint de l'asile de Clermont (Oise).

Les candidats auront à traiter dans le prochain concours : « De la valeur séméiologique des idées hypochondriaques dans les maladies mentales, appuyées sur des observations personnelles. »

Eloge de Billod. — Le secrétaire général prononce l'éloge de Billod, ancien médecin directeur de l'asile de Vaucluse. M. B.

Séance du 28 *mai* 1900. — Présidence de M. Magnan.

Le Président annonce la vacance d'une place de membre titulaire, en remplacement de celle occupée par M. Bouchereau.

[1] Voir les cas publiés dans les *Archives de Neurologie* et les nombreux travaux de M. Bourneville sur cette question, démontrant, *par des faits*, l'inutilité de la craniectomie.

Maladies mentales familiales (discussion). — M. Arnaud distingue les maladies familiales des maladies héréditaires proprement dites, qui se transmettent directement, avec tous leurs caractères, d'une génération à l'autre. Par maladie familiale il entend désigner une maladie frappant à la fois ou successivement plusieurs membres d'une même génération (frères, sœurs, cousins et cousines). La forme mentale doit aussi être la même chez tous les sujets atteints.

Il n'a observé que 11 familles chez lesquelles on ait pu constater 23 cas d'aliénation mentale susceptibles d'être qualifiés de maladie mentale familiale.

Peut-on avec un si petit nombre de faits conclure avec M. Trénel à l'existence des maladies mentales familiales ?

M. Doutrebente ne croit pas à l'existence de types similaires dans une même famille. Il croit que les types disparates sont au contraire la règle.

M. Taguet rappelle qu'il a publié l'histoire d'une famille composée de trois garçons et de deux filles entrés le même jour à l'asile avec un délire religieux identique.

M. Christian ne croit pas qu'on rencontre beaucoup de cas réels de maladie mentale familiale. Il fait exception pour la folie suicide et pour le délire religieux. Celui-ci étant souvent un délire communiqué, il ne saurait être envisagé comme une maladie familiale.

M. Giraud trouve trop absolue l'opinion qui consiste à nier l'existence du type décrit par M. Trenel.

M. Briand ne voit pas pourquoi, alors que deux aliénés étrangers l'un à l'autre peuvent présenter un délire identique, il n'en serait pas de même pour deux frères ou sœurs ; il considère ces faits comme beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense et en cite plusieurs exemples qui lui reviennent successivement à la mémoire.

M. Magnan a constaté maintes fois chez des héréditaires dégénérés de la même génération, les mêmes syndromes épisodiques. Si l'on ne peut dire que deux frères ou sœurs doivent être frappés fatalement de la même affection, ajoute-t-il, on ne saurait davantage nier la fréquence des cas sur lesquels M. Trénel a attiré l'attention. Ces cas sont très nombreux. Il suffit de faire appel à ses souvenirs pour en retrouver beaucoup.

M. Doutrebente ne nie pas l'existence des maladies mentales familiales, mais il n'en a jamais observé. Il croit plutôt avec Morel que le type disparate est la règle.

M. Arnaud se demande si on doit conclure de l'existence d'une même affection chez deux ou plusieurs congénérés, à la création d'un type spécial et particulier permettant, en voyant un frère

atteint après son frère, de pronostiquer la marche de la folie chez lui par l'observation de ce qu'on a constaté chez l'autre.

M. Legrain voudrait qu'on adoptât un vocable autre que celui de maladie familiale, parce que la famille ne comprend pas seulement une génération.

M. Magnan persiste à croire que plus on y réfléchit, plus on demeure convaincu de la fréquence des types similaires dans une même génération. M. B.

Séance du 25 juin 1900. — Présidence de M. Magnan.

Déformation de l'oreille chez les lutteurs japonais. — M. Christian analyse un travail de M. Sakaki, sur les déformations de l'oreille observées chez les lutteurs de Tokio. M. Christian considère l'existence de l'hématome de l'oreille chez les lutteurs comme un argument de plus en faveur de l'origine traumatique de l'hématome analogue qu'on observe chez les paralytiques généraux.

M. Magnan a toujours défendu cette opinion que l'hématome est toujours la conséquence d'un froissement de l'oreille. Il a observé dans le service d'Artaud (de Lyon) une véritable épidémie d'hématomes. Elle a cessé après le départ de deux infirmiers qui avaient l'habitude d'entourer de leurs bras la tête des aliénés agités pour la maintenir dans certaines circonstances. Il ne croit pas à l'existence de l'hématome spontané.

M. Christian. — Les traumatismes de l'oreille sont très fréquents chez les gens normaux et cependant l'hématome ne s'observe que dans les asiles d'aliénés.

M. Arnaud croit que le traumatisme est la cause habituelle de l'hématome ; cependant le traumatisme ne suffit pas toujours ; il faut encore une disposition particulière des tissus. On n'observe d'ailleurs d'athématomes que chez les paralytiques généraux ou les déments ordinaires. Les maniaques et les épileptiques n'y sont pas sujets. Ils reçoivent cependant beaucoup de contusions.

M. Briand envisage comme un argument très important en faveur de son origine traumatique, ce fait que l'athématome est très rare dans les services de femmes. Cette rareté tient à ce que les infirmières n'emploient pas les mêmes procédés que les hommes pour maintenir les aliénés agités. Il ne saurait dire si une prédisposition des tissus est nécessaire pour expliquer la production de la lésion.

Maladies mentales familiales. — M. Boissier. — M. Trénel n'a pas voulu dire dans sa communication que lorsque dans une famille un membre était frappé de folie, si un congénère venait à

l'être aussi, il serait fatalement voué à la même forme ; j'ai fait des recherches dans la même direction que M. Trénel et j'ai, tantôt trouvé des cas similaires, tantôt des cas disparates.

M. Arnaud. — Ce qui serait intéressant de prouver ce serait l'existence d'un type particulier permettant de faire de la maladie mentale familiale un type à part.

M. Brunet croit qu'il faut d'abord définir ce qu'on entend par maladie familiale, parce que tous les auteurs n'attachent pas au mot familial la même signification. Lande, Pauly, Bonne et Lorrain attribuent aux maladies familiales trois caractères principaux : 1° Elles atteignent sans changer de forme plusieurs enfants d'une même génération ; 2° elles débutent à peu près au même âge chez les enfants d'une même génération ; 3° elles sont indépendantes de toute influence extérieure. M. Brunet, après avoir rapporté un certain nombre d'observations personnelles recueillies à l'asile d'Evreux, conclut à la nécessité de faire appel à la statistique pour trancher une question qui ne saurait être résolue par de simples souvenirs personnels parce qu'ils ne peuvent être assez nombreux ni assez précis.

Rapport médico-légal au sujet d'un persécuté persécuteur. — M. Raynaud communique l'observation prise au point de vue médico-légal d'un persécuté persécuteur avec idées ambitieuses ayant commis un grand nombre d'escroqueries. Il allait de ville en ville recueillir des souscriptions pour un annuaire départemental qui ne paraissait jamais. Ce malade était certainement irresponsable. Il fut enfermé comme tel à la section d'aliénés de l'hospice d'Orléans, mais il adressa au Préfet de telles réclamations que celui-ci finit par le rendre à la liberté, son état mental ne s'étant nullement modifié.

Marcel Briand.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 5 juillet.

Arthropathie tabétique. — M. Dupré présente les photographies et les radiographies d'une arthropathie double du genou avec hydarthrose et déformation énorme des articulations malades, l'un des genoux présente une luxation en arrière du fémur sur le genou ; il rappelle que M. Gibert de Montpellier a publié un fait analogue.

Sitiomanie. — M. G. Ballet présente une malade atteinte d'impulsion irrésistible et angoissante à manger. Le premier accès s'est produit à l'âge de vingt-cinq ans, après une frayeur ; second accès à vingt-huit ans ; troisième accès trois ans après, ayant duré sept mois ; enfin quatrième accès à 34 ans, ayant duré six mois. La malade a actuellement quarante ans, elle est en plein état d'obsession depuis le mois d'avril. La malade appelle elle-même son état « la maladie de la faim », elle en est profondément affectée, elle pleure quand elle en parle et se livre parfois à un véritable désespoir. « Ça la dégoute », dit-elle, et elle emploie des subterfuges pour amender le plus possible et satisfaire le plus aisément qu'elle peut son irrésistible envie de manger. Elle n'a pas envie de boire et boit peu parce que « cela fait couler ses aliments et la force à manger davantage », elle mange surtout du pain qui tient plus longtemps que les autres aliments sur son estomac. Cet état est tout à fait analogue à la dipsomanie, et peut, comme celle-ci, présenter deux formes, selon son origine et sa nature. Ce peut être un état obsédant dégénératif, survenant d'une manière tout à fait irrégulière et sans marche ni évolution précise, ce qui n'est pas ici le cas ; ou cela peut revêtir le caractère d'accès régulièrement répétés comme ceux de la mélancolie intermittente comme dans le fait actuel. La malade engraisse beaucoup pendant ses accès.

M. Déjerine. — Ce caractère différencie le cas des neurasthénies avec accès de boulimie pendant lesquels au contraire, les malades maigrissent, pour engraisser de nouveau quand ils cessent de manger avec excès.

M. Ballet. Telle est en effet l'histoire de cet employé de ménagerie qui, comme boulimique, dévorait des quantités d'aliments énormes et alla jusqu'à manger la viande d'un lion mort, tout en restant d'une maigreur extrême. Mais la malade présentée engraisse et son était pourrait prendre le nom de sitiomanie.

Nouveaux symptômes pupillaires dans le tabes. — M. Piltz. A côté des réactions pupillaires bien connues à la lumière et à l'accommodation, il existe encore un autre phénomène pupillaire, qui est souvent si nettement accusé que l'on s'étonne de ne pas le voir mentionné jusqu'à ces temps derniers. Je veux parler des mouvements associés de l'iris, qui se produisent à l'occasion d'une occlusion énergique des paupières. Si l'on invite le sujet à fermer énergiquement les yeux et à les ouvrir brusquement, on voit alors les pupilles fortement contractées. Ce symptôme se rencontre surtout chez les sujets dont les pupilles sont rigides, tels que les paralytiques généraux.

On observe un phénomène analogue mais non tout à fait analogue, si le sujet s'efforçant de fermer les yeux, on s'oppose à cette occlusion lui tenant les paupières écartées. Le globe oculaire

se dirige alors en haut et en dehors et la pupille se contracte nettement. Ce deuxième phénomène a déjà été vu par WUNDT, GALASSI, GIFFORD et décrit en détails récemment et presque à la même époque par WETSPHAL et par moi.

Je n'ai trouvé au contraire dans la littérature aucune mention du premier symptôme.

J'ai recherché ces deux phénomènes chez des paralytiques généraux des catatoniques et des gens bien portants.

Le premier phénomène se rencontre chez 59 p. 100 des paralytiques généraux, chez 32 p. 100 des catatoniques et chez *6 p. 100 seulement* des individus normaux.

Le deuxième phénomène : la contraction pupillaire, qui se produit, quand le malade se forçant de fermer les yeux on s'y oppose en maintenant les paupières écartées, comme je le fais actuellement avec ce malade, se rencontre chez 75 p. 100 des paralytiques généraux, chez 48 p. 100 des catatoniques, mais aussi chez 48 p. 100 des individus normaux.

Sur le conseil de M. le Dr Dèjerine. qui a bien voulu mettre à ma disposition les tabétiques de son service et de sa consultation, j'ai recherché ces phénomènes chez un certain nombre de ces malades.

Voici le résultat que j'ai obtenu sur 70 tabétiquès : le premier phénomène s'est montré dans 41 p. 100 des cas, le deuxième phénomène dans 42 p. 100 des cas.

Le malade sur lequel je viens d'avoir l'honneur de vous montrer ces phénomènes est précisément un tabétique, soigné à la consultation de M. le Dr Déjerine. La seconde malade chez laquelle on voit ce signe aussi très nettement est une tabétique du service de M. le Dr Déjerine.

Je veux prier un de ces malades de circuler parmi vous, de façon à ce que vous puissiez vous rendre compte directement de ces deux phénomènes.

Permettez-moi encore quelques mots sur l'explication de ce signe.

Le rétrécissement pupillaire qui accompagne l'occlusion active des paupières est un mouvement synergétique de l'iris, qui accompagne la contraction du muscle orbiculaire et la rotation en haut et en dehors du globe oculaire. Ce mouvement synergétique est une manifestation physiologique. A l'occasion de l'occlusion énergique des paupières, il se produit dans l'iris deux tendances opposées. D'abord une tendance à la dilatation qui résulte de ce fait, que les rayons lumineux sont interceptés et ensuite une tendance à la contraction, qui constitue le phénomène que j'étudie devant vous. Ces deux tendances de l'iris se combattent mutuellement. Chez l'individu normal la tendance à la dilatation prédomine, aussi n'observons-nous pas en général la contraction pupillaire. Chez les

paralytiques généraux ou tabétiques au contraire, où le réflexe lumineux et par conséquent la tendance à la dilatation sont abolis, la tendance à la contraction existe seule et par conséquent peut se manifester en toute liberté.

Le deuxième phénomène, au contraire, c'est-à-dire la contraction pupillaire qui se produit à l'occlusion des yeux si l'on s'oppose en tenant les paupières écartées, se rencontre souvent chez les malades, dont les pupilles sont rigides, mais il se rencontre aussi avec une fréquence de 48 p. 100 chez les individus normaux. Ce fait semble montrer que seul le premier phénomène, associé bien entendu à d'autres symptômes, présente une certaine valeur clinique.

Sclérose pupillaire double. — M. BABINSKI présente une femme qui avec ce phénomène est aussi atteinte d'abolition des réflexes rotuliens et du tendon d'Achille. Pas de syphilis, la vision est très limitée d'un côté avec légère dyschromatopsie, elle est mieux conservée de l'autre côté, le champ visuel est fort rétréci, mais l'acuité visuelle est normale. Il s'agit d'un pseudo-tabes. Du côté sain le réflexe à la lumière est conservé, tandis que dans le tabes, le réflexe lumineux est aboli du côté sain comme du côté malade ; M. Babinski s'appuie sur ce fait pour montrer que dans le tabes la lésion porte sur les voies centripètes, ce qui explique l'immobilité du côté sain, ou bien dans le pseudo-tabes, la lésion intéresse les voies centrifruges.

Association du tabes et de lésions syphilitiques. M. BABINSKI présente deux malades présentant d'une part des signes de tabes, abolition des réflexes, troubles de la marche, troubles capillaires, douleurs fulgurantes et d'autre part des signes de néoplasme syphilitique intracranien. Ces derniers accidents ont aisément guéri sous l'influence du traitement spécifique, qui n'a modifié en rien les phénomènes tabétiques.

Traitement antisyphilitique et tabes. — M. BABINSKI a pu traiter deux malades atteints de tabes au début, chez lesquels sous l'influence d'injections de calomel l'atrophie optique a cessé d'évoluer. Comme Winkler qui a publié des cas semblables il croit que ce traitement peut arrêter l'évolution de certaines manifestations tabétiques mais sans les faire rétrograder.

M. LÉVY présente un cerveau atteint de ladrerie.

Contribution à l'étude des voies centrales des nerfs moteurs de l'œil. — M. J. PILTZ (de Varsovie). Étude faite à Zurich. — Chez le lapin nous avons étudié spécialement le centre moteur oculaire situé dans le lobe pariétal. Dans la zone indiquée par *Mann*[1] nous avons

[1] G. Mann. *Journal of Anat. and Physiol.* vol. XXX.

pu déterminer des points isolés dont l'excitation produisait séparément les différents mouvements de l'œil en haut, en bas, en dedans, en dehors, ainsi que les mouvements de rotation du globe oculaire. Les résultats de ces recherches tant physiologiques qu'anatomiques pratiquées sur le lapin ne nous occuperont pas plus longtemps pour le moment.

Il existe chez le chien trois centres moteurs oculaires :

1° Le centre frontal, qui est situé dans la partie postérieure du lobe frontal, en avant du *Sulcus cruciatus* et en arrière du *Sulcus praecruciatus*. Ce centre est limité en dedans par « la région de la nuque H » et en dehors par « la région de la tête E » de *Munk*. Le gyrus sigmoïde (zone motrice du membre antérieur) le limite en arrière ;

2° *Fritsch* et *Hitzig* ont trouvé une zone du lobe pariétal, dont l'excitation électrique donne lieu à des mouvements associés des yeux. Cette partie occupe la portion antérieure et latérale de l'extrémité antérieure de la deuxième circonvolution primitive. Elle fait partie intégrante de « la région oculaire F » de *Munk*, par conséquent du lobe pariétal.

3° L'on sait enfin que des mouvements des yeux peuvent être provoqués par l'excitation électrique des lobes occipitaux (sphère visuelle).

Mes expériences ne portent que sur les deux premiers centres. Leurs résultats peuvent être résumés en quelques mots :

Les dégénérescences secondaires à l'extirpation du centre frontal ont pu être suivies (*sous forme de fibres dégénérées !*) dans les circonvolutions voisines, dans le corps calleux, dans la capsule interne, dans la lame médullaire interne du noyau lenticulaire et enfin dans le *stratum intermedium* du pied du pédoncule cérébral et dans la partie dorso-médiane de la moitié interne du pied du pédoncule cérébral. Sur les coupes passant par le tubercule quadrijumeau antérieur, au niveau du noyau du moteur oculaire commun, on voit des *fibres dégénérées* se dirigeant du pied du pédoncule vers ce dernier noyau. Après avoir traversé la substance de *Sœmmering*, elles prennent une direction dorso-médiane en passant de chaque côté du noyau rouge. Cette dégénérescence ne se laissait pas poursuivre plus loin *sous forme de fibres*, mais on apercevait seulement de loin en loin des corps granuleux noirs disséminés dans la partie dorso-médiane du faisceau longitudinal postérieur des deux côtés. En dehors de ces fibres, qui se rendent au noyau du moteur oculaire du même côté, j'en ai trouvé d'autres, qui paraissaient se diriger vers le raphé, probablement pour gagner le noyau du moteur oculaire commun du côté opposé.

Après l'extirpation du centre pariétal des *fibres dégénérées* (qu'on peut poursuivre directement jusqu'à la place d'extirpation) se rencontrent dans les circonvolutions voisines du même côté, dans

le *cingulum*, dans la couche des fibres tangentielles de la substance grise sous-épendymaire, qui forme le toit du ventricule latéral, dans le corps calleux, dans les circonvolutions symétriques du côté opposé, dans la capsule interne et dans la couche optique du même côté, dans la lame médullaire externe du thalamus de *Forel*, dans le corps de *Luys*, dans *le champ H de Forel* et enfin dans la partie latérale du pied du pédoncule cérébral. On voit presque sur toutes les coupes, faites dans la région correspondante des *fibres dégénérées* monter du pied du pédoncule cérébral vers le tubercule quadrijumeau antérieur. Ces fibres arrivent à la couche grise superficielle, la plupart cependant se rendent dans la couche blanche profonde du tubercule quadrijumeau antérieur. L'on peut en suivre quelques-unes jusqu'au tubercule quadrijumeau antérieur du côté opposé. Un certain nombre donnent des collatérales, qui se perdent dans la substance grise centrale.

Une dégénérescence nettement visible sur les coupes passant derrière le tubercule quadrijumeau antérieur au niveau de la IVe p. représente des fibres aberrantes superficielles postéro-externes du pied du pédoncule ou le *pes lemniscus* profond de Déjerine, fascicules aberrants superficiels externes de Long.

Outre ces faisceaux de *fibres dégénérées* issues du pédoncule cérébral on voit encore, après l'extirpation du centre pariétal, un faisceau dégénéré, qui se rend directement aux tubercules quadrijumeaux antérieurs à travers la capsule interne. Voici en quelques mots le trajet de ce faisceau : sur les coupes pratiquées en avant du ganglion de l'habénula on voit ce faisceau dégénéré sortir de la capsule interne, se diriger en dedans, traverser la zone reticulée, la zone ou le champ de *Wernicke* et gagner la portion ventrale du corps genouillé externe en passant par la partie antérieure de sa capsule blanche. Plus bas dans la région où les portions ventrale et dorsale du corps genouillé externe se fusionnent, le faisceau dégénéré s'est déjà notablement éloigné du corps genouillé externe en se portant vers la ligne médiane et sur les coupes passant par la partie antérieure de la commissure postérieure il atteint les limites latérales de la calotte. Sa situation plus bas peut être précisée de la façon suivante : il est situé entre la calotte et le corps genouillé interne. D'autre part il est situé entre le corps genouillé externe et le corps genouillé interne, bien qu'il soit encore dans le territoire de ce dernier. En avant il est limité par le ruban de *Reil* médian. Sur les coupes plus bas nous le voyons derrière le bras du tubercule quadrijumeau postérieur. Enfin il franchit la limite entre le corps genouillé interne et la calotte d'autre part pour se perdre dans la couche grise superficielle et dans la couche blanche superficielle (oberflaechliches Mark de *Forel*) du tubercule quadrijumeau antérieur.

Silex a observé après l'extirpation du centre de *Hitzig* des dégé-

nérescences du côté opposé et dans la couche optique, la capsule interne, le corps genouillé, le pied du pédoncule et les tubercules quadrijumeaux.

Guerver a vu après l'extirpation du centre frontal une dégénérescence dans le corps calleux, le segment antérieur de la capsule interne du côté opposé, dans la couche optique (autour des noyaux antérieur et externe), dans une partie de la couche optique, située au-dessus du faisceau de Vicq d'Azyr, dans les noyaux de la III[e] paire (la dégénérescence du noyau correspondant était plus marquée que celle-là du noyau opposé), dans le faisceau longitudinal postérieur des deux côtés, dans l'entre-croisement ventral de la calotte de *Forel*, dans le *stratum intermedium* et dans la substance noire de *Soemmering*, une légère dégénérescence dans le corps genouillé externe et dans la couche des fibres superficielles du tubercule quadrijumeau des deux côtés, une dégénérescence dans la région des noyaux dans la IV[e] paire des deux côtés, dans la pyramide et dans le ruban de *Reil* médian et même dans le ruban de *Reil* latéral du côté correspondant et enfin une dégénérescence dans les racines de la IV[e] paire. *Guerver* décrit encore une dégénérescence du faisceau pyramidal et du ruban de *Reil* du côté opposé, et une légère dégénérescence dans la racine ascendante de la V[e] paire, enfin une dégénérescence des noyaux de la VI[e] paire (la dégénérescence du côté opposé était plus accentuée que celle-ci du même côté) et de la substance reticulée. F. Boissier.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

Séance du 19 juin 1900. — Présidence de M. Jules Voisin.

De la suggestion envisagée comme cause d'erreur dans les recherches thérapeutiques. — M. Bérillon. — Les succès que revendique le fameux sérum antiéthylique sont imputables à la suggestion. De l'aveu même de ses auteurs, ce sérum échoue chez les sujets qui présentent des tares, qui sont névropathes « détraqués », dipsomanes ; mais il réussit chez les « alcoolomanes ». Au lieu de traiter tous les alcooliques indistinctement, ils veulent faire une sélection et ils ne retiennent précisément que les individus suggestibles. Qui sait si ceux-ci n'auraient pas été aussi bien guéris avec des injections d'eau pure décorées du nom de sérum ?

M. Magnin. — L'opinion de M. Bérillon me paraît trop exclusive.

Les auteurs dont il s'agit ont d'abord fait des expériences très concluantes sur les animaux; tous les chiens auxquels ils ont injecté du sérum antiéthylique, ont manifesté un dégoût profond pour l'alcool.

M. Lépinay. — Le dégoût pour l'alcool est instinctif chez les animaux. Quand on veut faire prendre aux chiens malades une médication alcoolique, on est obligé de recourir à la force.

M. Farez. — Le Dr Crivelli (de Melbourne) a essayé ce sérum antiéthylique et les effets en ont été nettement négatifs, sauf au début, où quelques améliorations se sont manifestées, mais, dit-il, sous l'influence de la suggestion. C'est, en effet, par suggestion que réussissent et la fameuse cure d'or et les injections d'apomorphine, et tous les médicaments variés, réputés infaillibles, mais qui doivent tous leurs succès à la suggestion plus ou moins habile dont on les accompagne par la réclame, le prospectus ou la mise en scène. On ne doit pas espérer qu'un médicament quelconque puisse, par lui seul, conférer à l'alcoolique, à son insu, en dehors de lui, sans sa complicité, la force de résister à l'alcool. Au contraire il faut d'abord créer cette force de résistance par les moyens moraux; l'abstinence alcoolique résultera de cet état mental préalablement créé. Le traitement qui convient à l'alcoolique, c'est celui qui permet de lui imposer une discipline psychique, de réformer sa mentalité, d'accroître sa volonté, d'augmenter son énergie, de refréner ses impulsions jusqu'alors irrésistibles. L'hypnotisme dans ces cas est précieux, puisqu'il développe le pouvoir d'arrêt ou d'inhibition.

Les images cérébrales et l'activité mentale. — M. Pau de Saint-Martin compare le neurone à la lame métallique du télégraphone qui restitue en se déroulant le potentiel magnétique dont elle a été chargée; s'appuyant sur cette analogie, il explique la production et la conservation des images, la reviviscence des souvenirs et les divers modes de l'activité mentale.

M. Bérillon. — On a de même comparé la conductibilité des neurones à celle du tube à limaille de Branly, lequel sert de base à la télégraphie sans fil.

M. Regnault. — Le télégraphone est encore peu connu; il serait bon d'inviter son inventeur à venir nous en faire la démonstration.

BIBLIOGRAPHIE.

VI. *Clinique des maladies du système nerveux* (*quatrième série*); par le professeur Raymond. In-8° de 606 pages avec 59 figures et 2 planches en couleurs. (Libr. O. Doin, 1900.)

La quatrième série des *Leçons cliniques* du professeur Raymond contient des leçons faites à l'hospice de la Salpêtrière, pendant l'année scolaire 1897-98. Les trente et une leçons que renferme ce volume touchent à tous les sujets de la neuropathologie; reproduisant chacune une mise au point parfaite de la question traitée, complétées et éclairées par des vues personnelles et originales, ces études de neurologie sont dignes de leurs devancières et font le plus grand honneur à la science française.

La première leçon est consacrée à l'étude de deux cas de tumeurs de la zone rolandique. Les convulsions jacksonniennes indiquaient le siège de la lésion. Ces deux malades ont été opérées. Les résultats ont été satisfaisants.

A la suite d'une frayeur, une fillette de douze ans est prise d'une attaque de contracture, crises convulsives à caractère jacksonnien, asthénie musculaire généralisée, nystagmus, exagération des réflexes tendineux. Le professeur Raymond discute le diagnostic entre une méningite tuberculeuse et la sclérose en plaques. La leçon suivante permet au professeur d'établir l'état actuel de la question de la sclérose en plaques chez l'enfant, où son existence est encore controuvée.

L'étude des paralysies alternes fournit chaque jour des types cliniques nouveaux. M. Raymond présente à ses élèves une paralysie de la sixième, septième paires gauches, coïncidant avec une hémiplégie droite. Le professeur en profite pour esquisser les différentes variétés de paralysies alternes, motrices et sensitives.

Les polioencéphalites supérieures sont des affections rares. Lésions du neurone moteur périphérique, elles peuvent ou non s'associer à des poliomyélites, altérations du même système. Le professeur Raymond peut en montrer deux cas: l'un où l'examen microscopique fut négatif; l'autre, combinaison d'ophtalmoplégie interne et d'atrophie musculaire progressive Aran Duchenne. Ces leçons permettent au professeur d'établir les diverses modalités de l'ophtalmoplégie chronique.

L'ophtalmoplégie peut se montrer dans le tabes. Sauf, dans le

cas de Déjerine, elle relève toujours des lésions nucléaires : c'est donc une complication, une association morbide, et non l'extension du processus tabétique ou mésocéphale. Les véritables paralysies oculaires sont des paralysies dissociées, passagères, de courte durée et faciles à récidiver : celles-ci sont d'origine périphérique.

La leçon suivante (IX) est consacrée à l'étude de la paralysie bulbaire asthénique : le syndrome de Erb-Goldflam commence à être bien connu dans ses manifestations cliniques ; mais sa place nosographique est encore à déterminer.

L'hémiplégie avec hémiatrophie des membres et de la langue est un syndrome rare. Après une revue des principaux cas analogues, le professeur Raymond étudie les diverses solutions ; mais, en présence de l'hémiatrophie linguale si difficile à interpréter, se tient dans une prudente réserve sur le siège possible de la lésion.

Faut-il, avec Marie et Gowers, rayer l'atrophie musculaire, type Aran. Duchenne, du cadre nosographique ; faut-il, avec Déjerine et J.-B. Charcot, la maintenir dans la nosographie ? Le professeur Raymond se range à cette dernière opinion et profite de cette circonstance pour étudier les rapports nosologiques des diverses variétés d'atrophie musculaire progressive.

Deux faits d'atrophie chez les tabétiques viennent ensuite. L'atrophie musculaire est tantôt symptôme, tantôt complication du tabes. La première névrite, de beaucoup la plus fréquente, relève d'une névrite périphérique ; la seconde variété, complication, est une association du tabes et de l'atrophie spinale Aran. Duchenne. L'atrophie musculaire Aran. Duchenne n'est pas la seule association d'affection spinale que présente le tabes. La syringomyélie peut se présenter associée au tabes. La présentation d'un malade qui réalise cette association, permet au professeur de passer en revue les associations morbides principales du tabes : paralysie générale, syphilis des centres nerveux, ophtalmie progressive, hémiatrophie de la langue, atrophie musculaire progressive, syringomyélie, maladie de Friedreich, sclérose en plaques, hystérie.

Les associations morbides présentent souvent des difficultés très grandes de diagnostic. Témoin le fait de syringomyélie chez un malade, atteint de paralysie saturnine.

Bien que connue depuis peu d'années, la symptomatologie des affections du cône terminal est suffisamment nette et précise, pour que le diagnostic soit facile à faire. Le professeur Raymond put en présenter deux exemples à ses auditeurs. Complétant ses travaux précédents, le professeur profite de cette occasion pour reprendre et exposer les travaux nouveaux parus sur le sujet.

L'auteur revient ensuite sur un sujet qu'il avait déjà longue-

ment traité l'an dernier : le rapport des polynévrites et des poliomyélites. A côté des poliomyélites pures et des polynévrites proprement dites, il existe des formes où la lésion frappe à la fois la cellule et le cylindraxe : c'est la cellulo-névrite. Le point délicat est de reconnaître la cause de la polynévrite : le diagnostic devient encore plus délicat chez un syphilitique soumis au traitement mercuriel, si bien que l'on peut incriminer la syphilis ou le mercure.

Après une étude de l'hystéro-traumatisme à forme paraplégique, vient une leçon fort intéressante et magistralement exposée sur les hallucinations du moignon ; puis une mise au point parfaite de la question de la myoclonie. La paralysie générale juvénile, si difficile le plus souvent à reconnaître, fait l'objet des deux leçons suivantes, et dans le cas présent, elle semble avoir été consécutive à une méningite gommeuse syphilitique. Les dernières leçons sont consacrées à l'étude du myxœdème sous ses différentes formes, infantile et spontanée, et à son traitement.

Telles sont les études contenues dans ce volume, rempli de faits et d'aperçus originaux, digne de ses devanciers et digne du professeur. MIRAILLIÉ.

VII. *Etude de la myélinisation des hémisphères cérébraux;* par Mme CECILE VOGT. (In-8°, 72 p. Th. Paris, Steinheil, 1900.)

Ce travail est un premier aperçu d'un ouvrage plus considérable en préparation ; quoique dérivé de la méthode Flechsig, il ne s'accorde pas avec les résultats de celui-ci. Mme Vogt a pratiqué des coupes sériées chez des carnassiers et des rongeurs jeunes, d'âges gradués, et chez des enfants du premier âge. Elle a noté l'état systématique de la myélinisation pour chaque âge, en contrôlant chaque donnée par la méthode des dégénérescences secondaires, cherchant à montrer que chez les carnivores et le lapin, la myélinisation se fait à des époques différentes pour les différentes régions de l'écorce ; qu'elle a lieu d'après des principes identiques pour ces deux classes de mammifères et homologues à ceux que l'on connaît pour le cerveau de l'enfant ; et enfin que tant qu'il y a dans l'écorce cérébrale de ces animaux des régions non myélinisées, il y en a de même dans les fibres de projections et que chez l'homme aussi, les centres corticaux tard myélinisés, sont en relation avec les faisceaux de projection tard myélinisés. En somme, il y a dans les grandes lignes identité complète dans le processus de la myélinisation chez les animaux et chez l'homme. Les régions tard myélinisées dans les fibres de projection ont, en comparaison avec l'ensemble des fibres de projection, une si grande étendue qu'on peut conclure que les centres corticaux auxquels elles appartiennent possèdent des fibres de projection en

grand nombre. Ceci s'accorde absolument avec les résultats de l'étude des dégénérescences secondaires qui montrent que toutes les régions corticales contenant des fibres de projection, pas une ne peut constituer un pur centre d'association, même chez l'homme, malgré l'opinion de Flechsig. Les figures nombreuses et très nettes sont très démonstratives. F. Boissier.

VARIA.

Société de patronage des aliénés.

Nous empruntons les renseignements suivants au neuvième Rapport de la *Société de patronage pour les aliénés* de l'arrondissement de Düsseldorf (1893).

La Société a pour but de venir en aide aux aliénés guéris ou améliorés, de faciliter leur retour au sein de la société, et de prévenir, dans la mesure du possible, les rechutes ; en outre de perfectionner l'assistance des aliénés, de faire disparaître les préjugés contre les aliénés et les asiles d'aliénés, d'étudier les causes de la folie et les combattre, de hâter le traitement des malades par l'internement. En 1892 le nombre des membres de la Société était de 660.

Cotisations annuelles . .	2.730 fr.	(minimum de 1 fr. 25).
Autres recettes	1.365 —	
	4.095 fr.	

45 aliénés sortis ont reçu des secours représentant une somme de 946 francs ; le montant des sommes allouées à chaque malade est en général de 12 fr. 50 ou de 25 francs. Le total des dépenses : 1.287 francs. Capital : 34.350 francs.

Statuts. — Un conseil de surveillance de six membres nommé par assemblée générale, renouvelable par tiers tous les 2 ans, vérifie la comptabilité. La direction de la Société appartient à un comité composé de fonctionnaires de l'asile de Dusseldorf, présidé par le Directeur.

Le comité, parmi les membres de la Société de chaque circonscription, choisit une personne de confiance chargée : 1° de recueillir les cotisations et de les transmettre au trésorier ; 2° de veiller sur les malades sortis de l'asile, et sur les aliénés qui ne

sont pas séquestrés, de proposer les mesures nécessaires à leur protection au comité, et de distribuer les secours alloués par le comité ; 3° d'informer le comité sur toutes les lacunes de l'assistance des aliénés dont ils viendraient à avoir connaissance.

Le comité fixe le montant du secours à accorder, et le remet au malade lui-même ou au membre qui est son représentant. Le président peut à la sortie du malade lui allouer un secours qui ne doit pas dépasser 25 francs. Assemblée générale tous les 2 ans à l'asile.

P. Sérieux.

XIIIe Congrès international de médecine.

(*Paris*, 2-9 *août* 1900.)

I. Section de Neurologie.

Président, M. le professeur F. Raymond ; vice-présidents, MM. Brissaud, Déjerine, Grasset (de Montpellier), Pitres (de Bordeaux) ; secrétaire, P. Marie.

Rapports : 1° Sur les centres de projection et d'association dans le cerveau humain. Rapporteurs, Flechsig (de Leipzig), Hitzig (de Halle), von Monakow (de Zurich) ; 2° Sur la nature et la localisation des réflexes tendineux. Rapporteurs : Jendrassik (de Budapest), C.-S. Sherrington (de Liverpool) ; 3° Nature et traitement de la myélite aiguë. Rapporteurs : von Leyden (de Berlin), Crocq (de Bruxelles), Marinesco (de Bucharest) ; 4° Diagnostic de l'hémiplégie organique avec l'hémiplégie hystérique. Rapporteurs : Roth (de Moscou), Ferrier (de Londres) ; 5° Des lésions non tabétiques des cordons postérieurs de la moelle. Rapporteurs : Bruce (d'Edimbourg), Hômen (Helsingfors) ; 6° Sur différents points de l'étude des aphasies. Rapporteurs : Pick (de Prague), Tamburini (de Reggio).

Jeudi 2 *août*. — Dans la matinée : Séance d'ouverture, à 8 h. 1/2 du matin, à la Sorbonne, dans l'amphithéâtre Richelieu. Discours de M. le professeur Raymond, président du Comité d'organisation. Nomination des présidents d'honneur et des membres du bureau. Fixation du programme des travaux de la section. Exposé et discussion d'une des questions mises à l'ordre du jour et ayant fait l'objet d'un rapport. Communications diverses.

Rapports. — Les questions suivantes, mises à l'ordre du jour, ont été l'objet de rapports : L'aphasie motrice pure (sans agraphie). Aphémie pure. Rapporteur : M. P. Ladame (de Genève). — Aphasies et amnésies. Rapporteur : M. Tamburini (de Reggio). — De l'importance du centre auditif du langage comme organe d'arrêt du mécanisme du langage. Rapporteur : M. A. Pick (de Prague). — Sur les centres de projection et d'association du cer-

veau humain. Rapporteurs : MM. P. Flechsig (de Leipzig), Hitzig (de Halle), von Monakow (de Zurich). — Le diagnostic de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique. Rapporteurs : MM. D. Ferrier (de Londres), et W. Roth (de Moscou). — Les lésions non tabétiques des cordons postérieurs de la moelle. Rapporteurs : MM. Ch. Dana (de New-York), Bruce (d'Edimbourg) et Homen (d'Helsingfors). — Nature et traitement de la myélite aiguë. Rapporteurs, MM. Von Leyden (Berlin), Marinesco (de Bucharest), Crocq (Bruxelles), Fischer (New-York). — La nature des réflexes tendineux. Rapporteurs : MM. Jendrassik (de Budapest), et Sherrington (de Liverpool).

MM. les rapporteurs, en raison de la longueur du programme des travaux, sont priés de ne pas dépasser un quart d'heure pour l'exposé de leurs rapports. Ceux-ci ne sauraient en aucun cas être lus en séance. Ces rapports, seront imprimés *in extenso* dans le compte rendu du Congrès. Dans la discussion des rapports, chaque orateur ne pourra disposer que de dix minutes.

Communications diverses. — Dans chaque séance, après l'exposé et la discussion des rapports, auront lieu les communications sur les sujets divers. Ces communications ne pourront avoir été publiées ou présentées à des sociétés savantes avant l'ouverture du Congrès. En raison du grand nombre des communications annoncées (une centaine environ), il a été décidé par le Comité d'organisation que la durée maxima de chaque communication ne devra pas excéder dix minutes. Dans les discussions, les orateurs ne pourront garder la parole plus de cinq minutes consécutives. Au bout de ce temps, le président ne pourra les autoriser à continuer qu'après avoir consulté l'Assemblée.

II. Section de Psychiatrie.

Jeudi 2 *août, à* 2 *heures.* — Séance solennelle d'ouverture du Congrès, à la salle des fêtes de l'Exposition universelle.

Vendredi 3 *août.* — Séance du matin, à 10 heures : 1° Nomination du bureau ; 2° Discours du président ; 3° Première question, Pathologie mentale. Psychoses de la puberté. Rapporteurs, MM. Ziehen (d'Allemagne), Marro (d'Italie), J. Voisin (de Paris). Discussion : Pronostic éloigné des psychoses de la puberté, par le Dr Cullerre (de la Roche-sur-Yon (Vendée). Statistique des psychoses de la puberté à l'asile des aliénés de Bordeaux, par le Dr Pons, médecin en chef.

Séance de l'après-midi, à 2 heures. Continuation de la discussion. — *Communications diverses sur la pathologie mentale.* Contribution à l'étude des idées obsédantes, par le Dr Ladislas Haskovec, privat-docent de neuropathologie, à Prague (Bohême). On the

evolution of *folie du doute* (De l'évolution de la folie du doute), par le Dr Hugues (de Saint-Louis (Etats-Unis). Ueber der psychischen. Ursprung hysterichen phenomœne (De l'origine psychique de certains phénomènes hystériques), par le Dr Vogt (de Berlin). Ueber paranoïa periodica (De la paronoïa périodique), par le professeur Meschede (de Kœnigsberg (Allemagne). Sur la folie systématique. par le Dr Séglas, médecin de Bicêtre. La vraie cause de la paralysie générale, par le professeur Wladimir Tschisch (de Dorpat (Russie). La famille des paralytiques généraux, par les Drs Ch. Vallon et Wahl (de Paris). Sur la période terminale de la paralysie générale et sur la mort des paralytiques généraux, par le Dr Arnaud (de Vanves). Les formes pathologiques de la rougeur émotive, par le Dr Hartenberg (de Paris). Paralysie générale progressive chez un sujet ayant présenté, dix-huit ans auparavant, du délire de persécution. Analgésies cutanées et viscérales profondes. Autopsie. Intégrité de la moelle, par les Drs Joffroy et Gombault (de Paris). — Le *soir*, fête sur invitation, offerte par M. le président du Congrès.

Samedi 4 août. — Séance du matin, à 9 heures. — Deuxième question. Anatomie pathologique. Anatomie pathologique de l'idiotie. Rapporteurs, MM. les Drs Shuttleworth et Fletcher-Beach (d'Angleterre) ; Mierzejewsky (de Russie) ; Bourneville (de Paris). Discussion, M. Toulouse (de Villejuif).

Séance de l'après-midi, 2 heures. Continuation de la discussion. — *Communications diverses sur les questions d'anatomie et de physiologie pathologiques.* — A mounted brain hemisphere transversely divided into thirty seven sections for purposes of instruction and clinical description in brain disease autopsy (Hémisphère cérébral divisé transversalement en trente-sept coupes, monté pour la démonstration et la description clinique dans l'autopsie des maladies du cerveau), par le Dr Hughes de Saint-Louis (États-Unis). — Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de la confusion mentale, par les Drs Roubinovitch et Vlavianof (de Paris. — An improved pocket aesthesiometer made of platinum with Weber's distance points, etc., in decimal and english scale engraved thereon (Aesthésiomètre perfectionné en platine avec les pointes de distance de Weber, etc., gravées en décimales à l'échelle anglaise), par le Dr Hughes, de Saint-Louis (Etats-Unis).

Dimanche 5 août. — Visite des asiles de Ville-Evrard et de la Maison-Blanche. — Banquet. — Le *soir*, fête offerte aux membres du Congrès par le Bureau et les Comités d'organisation du Congrès au palais et dans les jardins du Luxembourg.

Lundi 6 août. — Séance du matin, 9 heures. — Troisième question, Thérapeutique. De l'alitement (repos au lit) dans le traitement des formes aiguës de la folie et des modifications qu'il pourrait entraîner dans l'organisation des établissements consacrés aux

aliénés. Rapporteurs, MM. Clemens Neisser (d'Allemagne); Korsakoff (de Russie); Morel (de Belgique). Discussion : M. Toulouse (de Villejuif). — Ueber die Bettbehandlunh der Geisteskranken ausserhalb der Anstalten (De l'alitement des aliénés en dehors des asiles) ; par le Dr Otto Snell (de Hildesheim). — Du repos au lit dans le traitement de psychoses aiguës par le Dr Braesco (de Jassy, Roumanie).

Communications diverses sur la thérapeutique. — Le placement des aliénés dans les familles. Le système d'Ecosse (avec cartes) par le Dr Sutherland, Her Majesty's D. Commissionner in Lunacy for Scotland. — Passage entre la vie ordinaire et la maison d'aliénés, par le Dr Gustave d'Olah (de Budapest). — Sur le rôle du chirurgien dans les asiles d'aliénés, par le Dr Picqué, chirurgien en chef des asiles de la Seine. — Examen et surveillance des aliénés (avec projections), par le Dr Toulouse (de Villejuif). De la suggestion hypnotique et de la psychothérapie dans le traitement de la morphinomanie et de la dipsomanie, par le Dr Bérillon (de Paris). — Une méthode de traitement de certaines phobies, par le Dr Hartenberg (de Paris).

Séance du soir, 2 heures. — Assemblée générale du Congrès au grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Mardi 7 *août.* — Le *matin*, à 10 heures visite de l'Asile clinique. Inauguration du nouveau pavillon de chirurgie. — Banquet. — Le *soir*, fête à l'Hôtel de Ville, offerte par le Conseil municipal de Paris.

Mercredi 8 *août.* — Séance du matin, 9 heures. Quatrième question. Médecine légale. Les perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal. Rapporteurs, MM. de Krafft-Ebing (d'Autriche), Morselli (d'Italie), Paul Garnier (de France). Discussion.

Séance du soir, 2 heures. Continuation de la discussion. — *Communications diverses sur la médecine légale des aliénés.* — The prostate gland in relation to sexual perversion. (La glande prostatique dans ses rapports avec les perversions sexuelles), par le Dr Sutherland (d'Ecosse). — Psychopathia sexualis and divorce (Psychopathie sexuelle et divorce), par le Dr R.-W. Ihnfeldt (de New-York). — Rapport entre la criminalité des enfants et l'alcoolisme des parents. Etude clinique, par Mlle Louise Robinovitch, docteur en médecine à New-York. — Sur les rapports des maladies mentales avec la perversion morale, par le Dr Brunet (de Paris). — Des responsabilités pénales et civiles dans les cas de placements familiaux d'aliénés, par les Drs Marie et Toulouse, de Villejuif.

Jeudi 9 *août.* — Séance du matin, 9 heures. — *Communications diverses.* — Relations sur la psychiatrie en Hongrie, par le Dr Gustave d'Olah (de Budapest). — Statistique des aliénés. Projet d'une

entente internationale (avec projections), par le Dr Toulouse (de Villejuif). — L'isolement des tuberculeux dans les asiles d'aliénés, par les Drs Marie et Toulouse (de Villejuif). — Clôture des travaux de la section.

Séance du soir, 2 heures. — Séance solennelle de clôture du Congrès dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne. Le *soir*, fête offerte par M. le Président de la République, au palais de l'Elysée[1].

Vendredi 10 *août*. — Visite de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).

Les aliénés en liberté.

Nous devons à l'un de nos internes le récit suivant rédigé d'après les renseignements les plus exacts.

Le nommé Dethès, cultivateur à Séderon, âgé de vingt-deux ans, a depuis l'âge de douze ans des accès nettement épileptiques avec convulsions et perte de connaissance. Il est réformé l'année dernière au conseil de revision, pour épilepsie. Il est grand et robuste. Son caractère est depuis longtemps sournois, irritable, violent. Sa famille, dévote, espérant améliorer son caractère, lui inculque des idées religieuses et le pousse aux pratiques pieuses.

Vers le commencement de 1900, D... semble atteint de manie religieuse. Ses visites à l'Église deviennent très fréquentes, excessives, il parle continuellement de Jésus Christ et dit qu'il « veut devenir semblable au bon Dieu ».

Au mois d'avril dernier, un dimanche matin, au moment des offices, D... accourt à la messe *tout nu*, fait irruption au milieu des fidèles, gesticulant et criant : « je suis devenu semblable au Christ » — Grand émoi — énorme scandale dans le petit village. Il faut l'intervention de la gendarmerie pour obliger D... à quitter l'église.

Le procureur de la République informé de cette exhibition scandaleuse se renseigne et ne voulant pas poursuivre D... qu'il juge irresponsable, demande un examen et un certificat médical. Le médecin désigné, répond, après examen, que D... est épileptique,

[1] Pour toutes les fêtes du Congrès, les femmes, filles et sœurs de MM. les membres du Congrès seront invitées. Un Comité de dames est organisé pour la réception des femmes, filles et sœurs de MM. les membres du Congrès. Ce Comité, composé des femmes des membres du Comité exécutif du Congrès et des présidents de section, s'est constitué sous la présidence de Mmes Lannelongue et Brouardel. Ce Comité disposera, à la Faculté de médecine, d'une très belle salle où les dames congressistes pourront retirer leurs insignes, se réunir et trouver, auprès des dames, membres du Comité, tous les renseignements qui leur seront utiles.

maniaque, qu'il constitue « un danger pour la morale et la sécurité publique », et que son état mental nécessite son internement dans un asile spécial.

Dès lors le maire de la commune de Sederon, conseiller général de la Drôme, M. Raynaud-Lacroze, est prié de faire remplir les formalités complémentaires pour faire enfermer D...

Aussitôt, les parents du malade viennent supplier M. Raynaud-Lacroze de ne pas faire interner leur fils ce qui « serait une tache pour leur famille ». D'ailleurs, ils s'engagent à exercer sur ce malade une surveillance de tous les instants et promettent que des faits aussi regrettables ne se produiront plus. Le maire cède à ces réclamations et il le fait d'autant plus volontiers qu'il sait que l'internement de D... coûtera un demi-millier de francs par an à sa commune qui est très pauvre — une dépense de demi-mille francs chaque année, constitue pour son petit village, une dépense colossale, aussi croit-il agir en sage administrateur des deniers communaux en faisant son possible pour empêcher le transfert de D... dans un des asiles voisins. Bref, D... n'est pas interné. On le laisse au domicile paternel où il continue à vaquer à ses occupations champêtres.

On va voir les terribles conséquences de cet acte. D... devient de plus en plus sournois, il a de fréquents accès de colère. Il est persuadé que le maire, M. Raynaud-Lacroze, a voulu le faire interner. Il lui en garde rancune, on arrive enfin au drame final. C'est au mois de mai dernier, D... en allant travailler aux champs, parque sa chèvre dans une prairie appartenant au maire du village. Pendant la journée, un domestique de ce dernier, craignant que la chèvre ne cause des dégâts dans la propriété de son maître, détache l'animal et va le parquer plus loin. D... bêchait la terre tout près de là. Au retour du travail, il vient détacher sa chèvre et constate qu'elle n'est plus à la place où il l'avait attachée quelques heures auparavant. Il en éprouve un vif ressentiment. C'est certainement le maire de la commune qui lui a encore joué ce mauvais tour!... Or, à ce moment précis, cruelle fatalité, Mme Raynaud-Lacroze, femme du maire, vient à passer à proximité. D... l'aperçoit. Brandissant sa bêche il bondit sur elle qui menacée s'enfuit de toute la vitesse de ses jambes. Elle arrive jusqu'à son jardin... D... la poursuit toujours, menaçant, elle se réfugie dans un réduit qu'elle referme sur elle. D... enfonce la porte du réduit et assène sur la tête de Mme Raynaud-Lacroze un formidable coup de bêche qui l'étend morte. Un habitant du village (père de cinq enfants) a aperçu Mme Raynaud-Lacroze fuyant devant D..., il accourt, et à peine est-il en face de cet aliéné qu'il reçoit sur le crâne un violent coup de bêche qui le tue net. Deuxième victime. Cette scène a été très rapide mais ne s'est pas passée sans bruit. M. Raynaud-Lacroze, qui, il y a quelques jours à peine, tâchait d'éviter l'inter-

nement de D... est attiré par le vacarme. Il aperçoit les deux cadavres sur lesquels s'acharne cet individu, il vient les lui arracher. Mais D... se précipite sur lui, M. Raynaud-Lacroze s'enfuit, mais dans sa fuite il est atteint à la nuque par la bêche de D... qui produit une fracture compliquée de la base du crâne dont il meurt le lendemain sans avoir repris connaissance.

Son crime accompli, D..., tranquillement, regagne son domicile, sa bêche sur l'épaule. Il a les yeux hagards et aux personnes qu'il rencontre et qui le regardent il dit avec flegme : « N'ayez aucune crainte, je viens d'en tuer trois, c'est assez pour aujourd'hui. » A peine est-il rentré chez lui, la gendarmerie informée accourt et ce n'est qu'après une lutte acharnée, après un corps à corps des plus émouvants qu'on arrive à s'emparer de cet homme.

On le transfère provisoirement à la maison d'arrêt du chef-lieu d'arrondissement. D... est très excité, il a de violentes impulsions qu'on maîtrise à grand'peine. On le place dans une cellule. On ne laisse à sa disposition qu'une paillasse qu'il ne tarde pas à détruire à coups de dents. Actuellement D... est interné à l'asile de Privas (Ardèche); il a de fréquentes et très violentes impulsions.

Ce fait horrible dû à un épileptique malade depuis des années montre combien nous avons raison de poursuivre énergiquement et sans cesse notre campagne en faveur de l'internement des malades aliénés aussitôt que se produisent les premiers troubles intellectuels. Dans ce cas encore les malheurs sont dûs à ce que l'on n'a pas suivi ce conseil donné d'ailleurs par tous les médecins un peu au courant de l'histoire de la folie. Ici le médecin n'a pas hésité à faire son devoir. Il n'en a pas été de même de l'administration. Le Procureur, le Préfet et le Maire n'ont pas fait leur devoir, ce dernier hélas l'a payé de sa vie sans compter celle de sa femme et l'un de ses concitoyens. C'est à l'administration supérieure de donner des ordres formels à ses préfets pour qu'ils n'hésitent jamais à autoriser d'urgence le placement des individus reconnus aliénés. La guérison du malade, la sécurité publique doivent l'emporter sur les questions d'argent. Les faits ci-après sont également démonstratifs à divers égards.

Le crime d'un fou. — Un homme d'une vingtaine d'années, très surexcité, se présentait mercredi matin chez M. Michaud commissaire de police du quartier Saint-Victor, et lui faisait la déclaration suivante :

« Je me nomme Pierre Legrand, j'ai vingt-cinq ans, je suis jour-

nalier, je viens me constituer prisonnier, car j'ai tué ma maîtresse, Mme Jeanne Marin, âgée de trente-cinq ans, femme de place aux Halles, qui demeure rue des Fossés-Saint-Victor. Elle m'a pris mon cœur ; elle ne veut pas me donner le sien, tant pis pour elle.»

Le magistrat remarqua en même temps que le prétendu meurtrier était chargé de victuailles : pain, œufs, fromage, viande, fruits. « Pourquoi apportez-vous tout cela ? » lui demanda-t-il. — « Dame, comme on ne donne pas à manger là-bas, j'ai pris mes précautions. »

M. Michaud comprit qu'il avait affaire à un fou. Il se rendit pourtant au domicile de Mme Marin qu'il trouva en bonne santé. Il se décida à envoyer le pauvre aliéné à l'infirmerie du Dépôt. Examiné au Dépôt par un médecin aliéniste, Pierre Legrand fut remis en liberté jeudi. Hier matin, vers six heures, Mme Jeanne Marin se trouvait avec sa patronne, au pavillon des Halles, n° 11. et vaquait à ses occupations ordinaires lorsque, sans provocation aucune, un individu lui porta un coup de couteau en pleine figure. Le coup fut si violent que la lame traversa la joue et sortit par la bouche. Le meurtrier fut arrêté aussitôt. Il n'opposa, du reste, aucune résistance et se laissa conduire au commissariat de la rue des Prouvaires. C'était Pierre Legrand. Au magistrat il déclara n'avoir aucun regret de son acte et être prêt à recommencer. Il avait voulu se venger de Mme Marin parce que celle-ci — qui lui avait pris son cœur, répéta-t-il — n'avait pas voulu abandonner son mari pour le suivre lui. Ajoutons que Mme Marin se défend d'avoir eu la moindre relation avec Pierre Legrand. Le fou meurtrier a été renvoyé au Dépôt. Cependant la victime avait été transportée à l'Hôtel-Dieu où son état fut jugé très grave. (*Le Radical*, 18 mars 1900.)

Evadé. — Un aliéné nommé Fernand Copin vient de s'évader de l'asile de Ville-Evrard, où il était interné depuis quelque temps. L'histoire de Copin, qui n'est pas banale, mérite d'être contée.

Dans le courant de l'année dernière, trois malfaiteurs masqués tentèrent une nuit d'assassiner une vieille rentière de Montreuil, Mme veuve Pope, après avoir dévalisé son appartement. La commotion éprouvée par la vieille dame la fit mourir quelques jours après. Deux des malfaiteurs, Frascoli et Lemançois, furent arrêtés, mais le troisième parvint à se soustraire aux recherches. Quelques semaines après l'attentat, un individu se présenta chez M. Rousselot, commissaire de police de Montreuil et lui dit : « Je me sens devenir fou et j'ai envie de couper la gorge à quelqu'un. Arrêtez-moi avant que j'aie le temps de commettre ce crime. » Cet homme fut envoyé l'infirmerie du Dépôt et de là à l'asile de Ville-Evrard. C'était Fernand Copin. Quelque temps après, une femme, que Copin avait juré de tuer, vint raconter à

M. Rousselot que la folie de cet homme était simulée et qu'il était le complice de Frascoli et de Lemançois. Chaque fois qu'il était sur le point d'être arrêté il simulait la folie. A la suite de ces révélations, on mit le prétendu fou en observation. Convaincu que son « truc » était découvert, il a pris la fuite. On ne sait ni comment il a fait pour s'évader, ni où il est. (*Le Temps*, 6 mars 1900.)

Dans un accès de folie, une femme Villain, âgée de cinquante-quatre ans, demeurant à Chinon (Indre-et-Loire) alluma du feu dans le milieu de sa chambre et vint y enflammer ses vêtements. Quand le mari arriva, attiré par les cris, le feu consumait déjà le corps de la malheureuse folle, qui ne tarda pas à succomber au milieu d'atroces souffrances. (*Le Bonhomme Normand*, 23 au 29 mars 1900.)

La folie de l'assassinat. — Un gardien du Palais de justice aperçut hier soir, à neuf heures, une jeune fille accroupie auprès de la guérite du factionnaire. Il la questionna, et comme elle ne répondait pas, semblant presque inanimée, il la releva et la porta au corps de garde. En cet endroit, elle se remit promptement et s'écria : « Arrêtez-moi, je suis une assassin. J'ai tué ma mère ! » Cette déclaration causa, on le pense bien, une profonde sensation. Les gardes s'assurèrent de la jeune personne et la conduisirent au commissariat de police.

Là, devant les inspecteurs, elle renouvela sa déclaration et donna des détails. Sa mère l'ayant frappée, elle avait juré de se venger. Elle était allée emprunter un revolver à une amie qu'elle ne voulut pas nommer afin, dit-elle, de ne pas la compromettre et, rentrée chez elle, avait brûlé la cervelle à sa mère : « Allez, ajouta-t-elle, 23, passage Ménilmontant, au domicile de ma mère, Mme Connans, et vous trouverez le corps étendu dans l'entrée. »

La jeune fille parlait sans exaltation, d'un ton ému, ainsi qu'il convient à l'auteur repentant d'un pareil crime. Les inspecteurs de police ne doutèrent pas un instant de la véracité de son récit. Ils se rendirent à l'adresse indiquée, frappèrent à la porte de l'appartement de Mme Connans et... cette dame en personne vint leur ouvrir. Mise au courant du récit fait par sa fille, elle déclara que celle-ci était folle et qu'elle s'était enfuie depuis la veille. Mlle Connans a été envoyée à l'infirmerie du Dépôt. (*Le Temps* du 5 avril 1900.)

En paix... — M. Antoine Duplais, propriétaire à Treuil-Bussac, commune de Fouras (Charente-Inférieure), avait été, il y a quelque temps, interné dans l'asile d'aliénés de Lafond. Sur les instances de ses amis, on le remit en liberté. Il vivait sans sortir de chez lui, soigné par une vieille femme, Pauline Burgeau, âgée de soixante-trois ans. Au moment où la pauvre femme venait lui annoncer

hier que le dîner était servi, M. Duplais, repris d'un accès de folie furieuse, s'arma d'un fusil de chasse et fit feu à bout portant. Pauline Burgeau tomba foudroyée. Le meurtrier a été conduit dans la soirée à la maison d'arrêt de Rochefort. Il paraît absolument irresponsable. (*Le Temps* du 4 mars 1900.)

Un jeune homme de dix-huit ans, d'Ambarès (Gironde), s'est jeté sous un train, à Bordeaux, et a été décapité. On dit que c'est la folie qui l'a conduit à se donner la mort. (*L'Indicateur de Cognac*, 29 avril.)

Le sieur Pierre Lavieille, trente-sept ans, journalier à Isigny, s'est pendu dans une chambre de son habitation. Le malheureux qui avait depuis quelque temps le *cerveau dérangé*, avait, à plusieurs reprises, manifesté l'intention de se donner la mort. (*Le Bonhomme Normand* du 17 mai.)

Une héritière de Jules Grévy. — Une journalière, Rose Carpon, âgée de vingt-huit ans, demeurant à Courbevoie, boulevard Bineau, prétendait que M. Jules Grévy lui avait légué plusieurs millions. A l'en croire, elle avait été élevée par MM. Carnot et Félix Faure, et les légataires des trois présidents l'avaient frustrée de ses droits. La malheureuse joignait à la folie des grandeurs celle de la persécution qui, en fin de compte, a tourné à la folie furieuse.

— Cette maison est à moi, déclara-t-elle, hier, à son propriétaire, et vous l'occupez indûment : je vous donne vingt-quatre heures pour vider les lieux.

On rit indulgemment des sommations de l'insensée et, comme on pense, il n'en fut tenu aucun compte. Mais elle, alors, eut recours aux grands moyens pour expulser de force son *locataire* récalcitrant. Elle mit tout simplement le feu au mobilier. Pour le coup, on pouvait dire qu'elle opérait littéralement une *saisie-brandon*. Cet acte de folie n'a pas eu, heureusement, d'autre conséquence que de faire transporter Rose Carpon à l'infirmerie spéciale. (*Le Matin*, 5 juin 1900.)

— La femme Jannot, soixante-huit ans, cultivatrice à Boissey, près Saint-Pierre-sur-Dives, s'est noyée dans la mare située dans sa cour. La pauvre femme avait la manie de la persécution. (*Bonhomme Normand* du 7 juin.)

Un pendu. — Le sieur Joseph Dallet, domestique à Cambremer, s'est suicidé dans un moment de folie. (Le *Bonhomme Normand*, 8 au 14 juin 1900.)

Un terrassier, Guillaume Vaissier, âgé de cinquante-quatre ans, qui habitait depuis dix-sept ans l'hôtel Delabre, 137, rue de Cha-

renton, donnait depuis quelque temps des signes d'aliénation mentale. Ce malheureux était pris hier après-midi d'un accès de folie furieuse et se frappait sur la tête à coups de marteau et dans le ventre à coups d'alène, en criant : « au secours ! à l'assassin ! » On accourut et on désarma le malheureux qui a été transporté mourant à l'hôpital Saint-Antoine. (*Le Soleil*, 12 juin 1900.)

— M. Bertrand H..., âgé de quarante-neuf ans, journalier, demeurant rue Diderot, à Issy-les-Moulineaux, a été conduit, hier, à l'infirmerie spéciale du Dépôt. Il brisait tout chez lui et menaçait ses voisins. On dut le ligoter pour l'emmener. Cet accès de folie furieuse est attribuée à l'alcoolisme.

— Le même jour à l'île Saint-Germain, un autre fou, vêtu en ouvrier, était retiré de la Seine par des garçons bouchers qui faisaient une partie de canot. On n'a pu obtenir de lui aucun renseignement. Il a dit être âgé de trente et un ans, alors qu'il en paraissait soixante-dix au moins. Il a été, lui aussi envoyé à l'infirmerie spéciale. (*Le Soleil* 10 juin 1900.)

— Le nommé Léopold Foucher, cinquante-trois ans, ouvrier carrier à May-sur-Orne, a, dans un accès de folie, frappé à coups de pelle, sur la tête, le sieur Louis Royer, quarante-cinq ans, ouvrier couvreur à Fontenay-le-Marmion. Royer, qui réparait la couverture d'une maison, à May-sur-Orne, descendait pour chercher du mortier ; c'est alors que Foucher se mit à le frapper, sans discussion préalable. Immédiatement arrêté, Foucher n'a cessé de chanter pendant le trajet de May-sur-Orne à Caen. L'état du blessé est très grave. Des démarches avaient déjà été faites pour faire interner Foucher au Bon-Sauveur de Caen. (*Le Bonhomme Normand*, 15 au 21 juin 1900.)

Pendu dans un urinoir. — Une tentative de suicide a eu lieu hier soir, vers 11 heures. Les gendarmes Sinibaldi et Azan ont trouvé pendu, dans l'urinoir de la place de la Liberté, un individu qui s'était servi de sa ceinture pour mettre son triste projet à exécution. Les deux gendarmes ont immédiatement coupé le lien et ont transféré cet homme au poste de la Permanence. Ils étaient arrivés juste à temps. Cet individu, nommé François Audiguier, âgé de cinquante-sept ans, né dans le département de l'Indre-et-Loire, a été ensuite dirigé sur l'hôpital civil, où des soins lui sont prodigués. Audiguier ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales. Il aurait été déjà interné à l'asile d'aliénés de Sainte-Anne (Seine). (*Petit Var*, 15 juin 1900.)

A coups de hache. — La gendarmerie de Lison a arrêté la nommée Eugénie Marie, ménagère à Sainte-Marguerite-d'Elle, pour avoir

porté plusieurs coups de hache à un habitant de la même commune avec lequel elle vivait. Les blessures, quoique graves, ne mettent pas sa vie en danger. Cette femme semble avoir agi sous l'empire de la folie. Elle a déjà été internée au Bon-Sauveur.

Folle incendiaire. — Un incendie, du reste tôt éteint par les voisins, éclatait hier vers 2 heures au domicile de Mme veuve Anne Dion, 5, rue de Chabrol ; c'était la pauvre femme qui atteinte du délire de la persécution depuis la mort de son mari survenue il y moins d'un an, qui avait elle-même mis le feu aux tapisseries de son appartement pour, dit-elle, « asphyxier les esprits qui la persécutaient ». Envoyée à l'infirmerie du dépôt par M. Leygonie, commissaire de police, la pauvre femme mit en lambeaux la redingote du cocher et arracha la barbe de l'un des agents chargés de la conduire. (*Le Radical*, 20 juillet 1900.)

LES DRAMES DE L'ALCOOLISME.

Un forcené. — Le nommé Jules Viel, vingt-un ans, couvreur à Villers-Canivet, marié depuis trois mois, maltraite sa femme *quand il a bu.* Lundi, celle-ci, après une nouvelle scène, se réfugia chez son oncle, le sieur Leclerc. Viel alla la chercher. On refusa de lui ouvrir. Il retourna chez lui, prit un revolver et un fusil à deux coups et retourna chez le sieur Leclerc. Sur un nouveau refus, il tira trois coups de revolver et un coup de fusil sans atteindre personne. Il s'en alla puis revint une troisième fois et tira quatre coups de feu dans la porte et la fenêtre. Le lendemain, la paix était faite entre les époux qui déjeunèrent ensemble, mais le parquet de Falaise avait été prévenu et Viel a été arrêté. (*Le Bonhomme Normand* du 8 mars 1900.)

— Le nommé Arthur Lemue, dix-neuf, de Nouvion (Aisne), rentrant *ivre*, a frappé de plusieurs coups de couteau son père qui lui faisait des reproches. Il a été arrêté. L'état de Lemue père est grave. (*Le Bonhomme Normand*, 23 au 29 mars 1900.)

— Au Havre, un jeune employé de commerce fit le pari, après s'être déjà enivré avec de l'absinthe le matin, de prendre dans l'après-midi quinze verres d'absinthe. Il absorba la boisson funeste et se coucha. Il mourut dans la nuit après avoir bu trente-cinq verres d'absinthe en moins de douze heures. (*Le Bonhomme Normand*, 6 au 12 avril 1900.)

— A Clichy, le nommé Auguste Leverrier, trente ans, journalier, étant ivre, tirait des coups de revolver sur les passants. Apercevant à une fenêtre Emile Mirabelle, 18 ans, il le blessa d'une balle dans la tête. Il fut aussitôt terrassé et désarmé. La foule l'avait à moitié

assommé quand les agents vinrent l'arrêter. L'état du blessé est grave. (*Le Bonhomme Normand*, 6 au 12 avril 1900.)

Un ivrogne incendiaire. — Hier soir, vers huit heures, un journalier, nommé Adolphe Tichaut, âgé de quarante-cinq ans, demeurant 1, impasse Letort, qui était rentré à son domicile complètement ivre, a répandu du pétrole sur le parquet de la chambre qu'il occupe au troisième étage et y a mis le feu. L'incendie s'est immédiatement propagé aux meubles et à la literie. Grâce à l'intervention des voisins, le feu a pu heureusement être éteint après une demi-heure de travail. Quant à Adolphe Tichaut, il a été consigné au poste de police, où son état n'a pas permis de l'interroger. L'*Aurore*, 20 avril 1900).

— Le sieur Armand Becquemond, cinquante-quatre ans, journalier au Mesnil-Germain, près Livarot, était continuellement *ivre* depuis quelques jours. Voyant sans doute tout en noir au lieu de voir tout en rose, il a mis à profit l'absence de sa femme pour se pendre dans l'appartement attenant à sa cuisine. (*Le Bonhomme Normand*, 9 mars.)

Une ivrognesse. — Un commerçant de Beaumesnil (Eure), a porté plainte contre sa jeune femme qui a pour l'alcool, dit-il, une passion irrésistible et se livre contre lui à toute sorte de violences quand elle est en état d'ivresse. C'est ainsi qu'un soir, le commerçant l'ayant trouvée couchée, complètement ivre, dans son lit, et lui ayant fait des observations à ce sujet, elle prit un révolver sur la cheminée de la chambre et le mit en joue. Il put heureusement la désarmer avant qu'elle eût fait feu. La nuit suivante, comme elle était encore dans le même état, elle porta à son mari, pendant qu'il dormait, plusieurs coups de poing sur la figure, et ce dernier, pour avoir la paix, dut aller coucher dans une autre chambre. Craignant que la mégère ne lui fasse un mauvais parti, ainsi qu'au bébé de neuf mois qu'elle allaite, le pauvre mari s'est décidé à prévenir les gendarmes. (*Le Bonhomme Normand* du 17 au 23 novembre 1899.)

Pari mortel. — Les nommés Rouget et Degort, domestiques à Beaulieu, avaient parié de boire à eux deux un litre d'eau-de-vie que paierait celui qui le premier serait ivre. Rouget gagna le pari; mais, en rentrant chez son maître, il fut en chemin pris de malaise et retrouvé inanimé le lendemain. Le malheureux avait succombé à une congestion causée par l'alcool. (*Le Bonhomme Normand* du 17 au 23 novembre 1899).

— Un spectacle rare que nous a donné, hier, la cour d'assises de la Meuse, siégeant à Bar-le-Duc, devant laquelle comparaissait un

professeur de seconde classique de Verdun, M. Bivrum, sous l'accusation de tentative d'assassinat sur la personne du principal même du collège. Quoique licencié ès lettres, M. Bivrum s'enivrait comme un portefaix. Il achetait l'absinthe par fûts de 25 litres, qui passaient comme lettres à la poste de sa cave dans son gosier. Mais il avait l'absinthe mauvaise... et même criminelle. Et c'est ainsi qu'un jour il tira deux coups de revolver sur le principal qui avait eu le tort à ses yeux de demander son changement. Tout couvert de sang, le malheureux proviseur parvint à désarmer le professeur que le jury meusien a déclaré coupable sans préméditation. Il a été, en conséquence, condamné à huit ans de réclusion. Détail navrant : Ce malheureux est marié et père de deux enfants. (*Le Soleil* du 31 janvier 1900).

Suicide. — Vendredi dernier, pendant l'absence de son mari, Mme Brout, née Egasse Augustine-Félicie, cultivatrice à Merville, a mis fin à ses jours en se précipitant dans son puits. C'est encore une victime de l'*alcoolisme*, car il est tout probable que c'est sous l'*empire de la boisson* — sa passion — que lui est venue l'idée du suicide. (*Le Progrès de l'Eure*, 27 avril.)

Ivresse et brutalité. — La femme Marthe Marie, vingt-sept ans, vit, à Fontaine-Etoupefour, forcément séparée de son mari, écroué en prison pour vol. Elle vient à Caen vendre du pissenlit afin de se faire quelques sous *pour boire*. On dit même qu'elle attire chez elle des jeunes gens pour boire et pour leur enseigner autre chose que la morale en action. Quand elle est *ivre*, la femme Marie a la boisson brutale et *martyrise sa petite fille* de sept ans, au point que plainte a été portée au parquet. Poursuivie pour ce dernier fait, la femme Marie a été condamnée à *huit mois de prison*. (*Le Bonhomme Normand*, 3 mai.) Et l'enfant !

Les suites de l'ivresse. — Le sieur Morin, cinquante-six ans, cantonnier à Marolles, près Lisieux, voulant, pour rentrer chez lui, aller au raccourci, traversa des prairies ; mais, comme il avait bu plus que de raison, il glissa en passant sur un vannage et tomba dans l'eau la tête la première. Le malheureux s'est tué net. (*Bonhomme Normand*, 7 juin.)

A coups de tranchet. — Un drame s'est déroulé hier matin à trois heures et demie, 7, rue de l'Industrie. A cette adresse vivait maritalement avec une dame Albertine Gil, âgée de trente-cinq ans, un ouvrier cordonnier nommé Albert Barray, âgé de quarante ans, qui était fréquemment en proie à des accès de *délire alcoolique*. Ce malheureux, qui était rentré chez lui vers deux heures et demie, très surexcité, s'est levé brusquement et, se précipitant sur sa compagne, l'a frappée de sept coups de tranchet. Albertine Gil,

bien que grièvement blessée au bras et au côté gauches, a réussi à s'échapper de l'étreinte du forcené, mais celui-ci, la saisissant à bras-le-corps, l'a portée jusque sur l'avenue d'Italie où des passants l'ont relevée inanimée au milieu d'une mare de sang. La pauvre femme, dont l'état est désespéré, a été transportée à l'hôpital Cochin. Quant au meurtrier, il a été arrêté à son domicile au moment où, pris d'un nouvel accès de délirium tremens, il réduisait son mobilier en miettes. On l'a transporté également à l'hôpital Cochin, d'où il sera dirigé plus tard sur l'Asile Clinique. (*Le Matin*, 5 juin 1900.)

Un Vacher poitevin.

Entre Saint-Benoit et Smarves (Vienne), la femme Gervais, occupée dans son champ, a été saisie tout à coup par derrière, renversée, à moitié assommée, violentée, et allait être assassinée lorsque l'arrivée du tramway fit enfuir le bandit. Un petit berger de Monaillé a été assailli par le sinistre assassin, qui lui laboura le ventre à coups de couteau et le laissa pour mort. Une fillette a été séparée de ses camarades puis enlevée par le Vacher poitevin, qui la transporta derrière un buisson, la viola et allait l'étrangler, lorsqu'on accourut assez à temps encore pour empêcher le monstre de consommer ce dernier crime. On cite encore un voiturier qui a été attaqué et une femme menacée qui n'ont dû leur salut qu'à la fuite. (*Le Bonhomme Normand*, 15 au 22 juin 1900.)

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Nominations et promotions :* M. le Dr Maiguel (concours de 1896), nommé médecin-adjoint à Montdevergues (Vaucluse), en remplacement du Dr Lent; — M. le Dr Raviart, premier du concours de Lille, nommé médecin-adjoint à l'asile de Dury (Somme), en remplacement du Dr Bubeg, décédé; — M. le Dr Bicue, premier du concours de Montpellier, nommé médecin-adjoint à l'asile de Lafond (Charente-Inférieure), en remplacement du Dr Tenade, nommé à Prémontré (Aisne); — M. le Dr Brunet, second du concours de Lille, nommé médecin-adjoint à Fains (Meuse), en remplacement du Dr Briche, nommé à Saint-Venant; — M. le Dr Lerry, médecin-adjoint à Evreux, nommé à la 1re classe exceptionnelle.

Religion et folie. — L'extrait suivant est bon à rappeler. Il s'agit d'une réponse de Leuret à Heinroth qui considérait la folie, non pas comme une maladie du corps, « mais comme une maladie de l'esprit, un péché ».

« ... Dire que l'homme ne deviendra jamais aliéné, s'il a toute sa vie, dans son cœur, l'image de Dieu, c'est méconnaître les innombrables cas de folies engendrées par la vie ascétique et par la superstition; imputer les tourments des ensorcelés et des possédés du démon, aux remords de leur conscience, c'est calomnier des malheureux qui n'ont souvent d'autres torts que d'exagérer leurs fautes, ou même de s'en attribuer qu'ils n'ont jamais commises; avancer que l'homme a une puissance morale qui ne peut être vaincue par aucune puissance physique, c'est ignorer l'influence qu'exercent, sur la production de la folie, les blessures à la tête, l'ingestion de certaines substances vénéneuses, l'inflammation des méninges, etc., etc. Se refuser à admettre que la folie soit transmissible, par voie de génération, c'est se refuser à l'évidence, et nier ce que l'on voit tous les jours. » (Leuret, *Traitement moral de la folie*, p. 147.)

Suicides d'adolescents. — *Bouquetot.* — Nous signalions l'autre jour à Evreux le suicide d'une jeune fille de quinze ans. Aujourd'hui, à Bouquetot, c'est un jeune homme de seize ans qui se pend dans son grenier. On se demande en vérité si ces malheureux jouissent bien de toutes leurs facultés et si une contrariété ou une souffrance passagère ne leur enlèvent point tout sentiment d'attache à la vie. Le jeune Adeline, de Bouquetot, jouait au bouchon quelques minutes avant d'aller se pendre. (*Rappel de l'Eure*, 9 juin 1900.)

— On a trouvé dans la Seine, quai de la Râpée, les cadavres, liés ensemble, d'Aimé Fischer, quatorze ans, et d'Eugénie Marchal, seize ans. Cause de ce double suicide : un précoce désespoir d'amour. (Le *Bonhomme Normand*, 8 au 14 juin 1900.)

— Le jeune Célestin de Baize, treize ans, dont le père est ciseleur, rue Saint-Anastase, s'est pendu. On ignore les causes qui l'ont poussé au suicide. (*Le Bonhomme Normand* du 12 juillet.)

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. Bourneville, le samedi à 9 h. 1/2.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

BOURNEVILLE. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie. l'hystérie et l'idiotie.* Compte rendu du service des idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'année 1899. Publié avec la collaboration de MM. Bellin, Boyer, Chapotin, Dardel, Katz, Noir (J.), Paul-Boncour et Poulard. — Tome XX de la collection. In-8° de CLXXXIV-292 pages, avec 76 figures dans le texte et 13 planches hors texte. — Prix : 8 francs. Pour nos abonnés : 6 francs.

SALINARI (S.). — *Le lesioni traumatiche dei centri nervosi.* — Volume in-8° de IV-320 pages. — Roma, 1900. — Presso *Il Giornale medico.*

SANDRET (J.). — *Construction des asiles d'aliénés. (Programme, emplacement, dimensions des pavillons et des salles de malades, description des divers quartiers, services généraux, description des principaux asiles français, asiles de la Seine, asiles d'aliénés en Angleterre et en Ecosse.)* — Volume in-8° de 160 pages. — Paris, 1900. — Librairie Béranger.

THULIÉ. — *Le dressage des jeunes dégénérés ou orthophrénopédie.* — Tome VI de la *Bibliothèque d'éducation spéciale* de Bourneville. — Volume in-8° de IV-678 pages, avec 53 figures. — Prix : 8 francs. — Pour nos abonnés : 6 francs. — Aux bureaux du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes.

TONOLI (G.). — *Dimissioni precoci di alienati.* — Brochure in-8° de 24 pages. — Reggio-Emilia, 1899. — Tipografia S. Calderini e Figlio.

TOULOUSE (Ed.). — *Traitement de l'épilepsie par les bromures et l'hyperchloruration.* — Brochure in-8° de 14 pages. — Paris, 1900. — Extrait de la *Revue de psychiatrie.*

TOY (J.). — *L'alcool et le régime des aliénés.* — Brochure in-8° de 32 pages. — Paris, 1900. — Imprimerie G. Maurin.

VAN DEVENTER (J.). — *Verslag betreffende het Gesticht mecrenberg over het Jaar 1899, ingezonden aan de Commissie van Toezicht over Genoemd Gesticht.* — Volume in-8° de 165 pages. — Haarlem, 1900. — J. Euschedi in Zonen.

VAN NESS DEARBORN (G.). — *The Emotion of Joy.* — Volume in-8° de 71 pages. — Londres, 1899. — Macmillan Company.

VAN WALSEM (G.-C.). — *Versuch einer systematischen Methodik der mikroskopisch-anatomischen und antropologischen Untersuchung des Centralnervensystem.* — Volume in-4° de 184 pages, avec 8 planches. — Amsterdam, 1899. — J. Müller.

VILLERS (E.). — *Le délire de la jalousie.* — Volume in-8° de 96 pages. — Bruxelles, 1899. — Librairie H. Lamertin.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 7-1900.

Vol. X. Septembre 1900. N° 57.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

ENSEIGNEMENT

Les Cliniques psychiatriques des Universités allemandes ;

Par le D[r] Paul SÉRIEUX,

Médecin des asiles publics d'aliénés de la Seine,
chargé de missions.

Il est manifeste que nous sommes actuellement, en France, dans une période de transition pour tout ce qui a trait à l'assistance des aliénés aigus et chroniques, à la constitution des asiles et des colonies, à l'organisation du service médical, en un mot pour toutes les questions d'hospitalisation et de traitement des sujets atteints de maladies mentales. Comme il arrive toujours en pareille occurrence, deux camps sont en présence : l'un, comprenant les hommes fidèlement attachés aux traditions anciennes, mais en général insuffisamment documentés sur les progrès réalisés à l'étranger ; — l'autre composé de ceux qui pensent que l'assistance des aliénés est soumise, elle aussi, à cette loi d'évolution qui régit le domaine des faits biologiques et sociaux.

Il ne nous appartient pas de prendre position dans ce débat; mais il nous est permis, sans entrer dans la mêlée des combattants, de faire porter nos investigations au delà de nos frontières. Peut-être y trouverons-nous, ce qui vaut mieux que les discussions et les joutes oratoires des sociétés savantes, je veux dire *des faits*. N'est-il pas évident, en effet, que si nous voyons réalisées à l'étranger, et cela chez les peuples les plus différents par la race et la culture, les réformes qu'on réclame actuellement chez nous, n'est-il pas évident qu'on ne saurait plus présenter ces réformes comme des vues de l'esprit, comme des entreprises hasardeuses?

Telles sont le *non-restreint* (Angleterre), l'*open-door* (Ecosse et Allemagne), la *colonisation des aliénés* (Allemagne), le *traitement par le lit* (Belgique, Russie, Allemagne), l'*assistance familiale* (Belgique, Ecosse), les *hôpitaux urbains* pour les aliénés aigus (Allemagne), etc. Il s'agit là, — non plus de polémiques plus ou moins brillantes — mais d'applications pratiques, de conceptions soumises au contrôle de la méthode expérimentale et contre lesquelles ne sauraient prévaloir une théorie *a priori* ou l'obstination de quelques retardataires.

On a pu dire avec raison que la conception de l'asile d'aliénés moderne s'était renouvelée complètement à l'étranger. Tandis que nos asiles actuels ne diffèrent en rien des établissements construits il y a une quarantaine d'années, les asiles étrangers se sont transformés radicalement à mesure que se répandaient les idées des aliénistes français, écossais, anglais, allemands, belges, et que se formulaient plus nettement les exigences, trop lentement méconnues, du traitement des maladies mentales. Des réformes décisives ont été réalisées en vue de donner satisfaction aux desiderata de la psychiatrie contemporaine, et de permettre d'appliquer aux sujets atteints de maladies du cerveau le traitement individuel que celles-ci réclament au même titre que les affections des autres appareils. Citons brièvement les plus importantes de ces réformes :

Subordination étroite du plan général et de la constitution matérielle des établissements d'aliénés aux indications d'ordre médical;

Segmentation de ces établissements en un grand nombre de pavillons, complètement indépendants, sans souci exagéré de la symétrie ;

Nombre très restreint des malades dans chaque pavillon;

Organisation matérielle et morale de chacun de ces pavillons adaptée spécialement à sa destination ;

Création de petits hôpitaux de traitement ;

Aménagement de quartiers de surveillance continue;

Grand développement donné à la colonisation des aliénés chroniques et convalescents ;

Extension de jour en jour plus généralisée de l'open-door et du non-restreint ;

Généralisation du traitement des psychoses aiguës par le séjour au lit ;

Réaction contre l'isolement cellulaire ;

Création d'établissements spéciaux, de colonies, pour les épileptiques, les idiots, les buveurs, les déments séniles, les aliénés criminels;

Augmentation du nombre des médecins, des internes, des infirmiers ;

Réformes dans l'organisation du service médical :

Organisation de l'assistance familiale, des Sociétés de patronage, des écoles d'infirmières ;

Grand développement donné à l'enseignement clinique des maladies mentales.

Dans les pages qui vont suivre nous nous proposons d'examiner les deux questions, étroitement liées, des *petits hôpitaux de traitement urbains* et des *cliniques psychiatriques universitaires*. Ayant eu l'occasion, au cours de deux missions en Allemagne dont nous avons été chargés par la Préfecture de la Seine, en 1894 et 1896, d'étudier de près l'organisation et le fonctionnement de ces établissements, nous avons pensé que ceux qui s'intéressent aux choses de la médecine mentale, de l'assistance des aliénés et de l'enseignement supérieur seraient peut-être curieux de posséder quelques renseignements sur les cliniques psychiatriques des Universités allemandes dont certaines méritent, à divers points de vue, de retenir l'attention.

L'étude de la constitution matérielle et de l'organisation de ces cliniques nous paraît d'ailleurs une question d'actualité. D'une part, en effet, la réorganisation de nos universités provinciales permet d'espérer que la science des maladies mentales — science éminemment française — sera officiellement enseignée dans chacune de ces universités, ce qui nécessitera la construction de cliniques psychiatriques universitaires. D'autre part, certaines questions sur lesquelles on discute encore actuellement chez nous, celles de l'isolement en cellule, du traitement par le lit, des quartiers spéciaux d'agités, ces questions ont été tranchées dans la plupart des cliniques allemandes, et cela conformément aux desiderata exprimés en France par des maîtres qui s'appelaient Esquirol, Parchappe, Foville, Renaudin, J.-P. Falret. Dans ce but, une installation spéciale a été nécessaire, qu'il importe, croyons-nous, de faire connaître. L'étude de ces diverses questions nous paraît en effet devoir être féconde en enseignements.

Notre travail est divisé en deux parties. Dans la première, nous examinons successivement chacune des cliniques psychiatriques d'Allemagne en donnant à notre description une étendue en rapport avec l'importance de l'établissement. La seconde partie est consacrée à des considérations générales : nous avons cherché à rassembler, dans un tableau d'ensemble, les traits les plus intéressants de l'organisation de ces cliniques.

Le nombre des universités allemandes est de vingt : elles siègent à Berlin, Bonn, Breslau, Erlangen, Fribourg, Giessen, Göttingen, Greifswald, Halle, Heidelberg, Iéna, Kiel, Königsberg, Leipzig, Marbourg, Munich, Rostock, Strasbourg, Tubingen, Wurzbourg. Chaque université, sauf celle de Kiel, possède une clinique psychiatrique.

I

Université de Würzbourg (Bavière).

(*Faculté de médecine :* 8 professeurs ordinaires; 8 professeurs extraordinaires; 10 privat-docenten; 998 étudiants [1].)

Une des premières en Allemagne, l'Université bavaroise de Würzbourg organisa, dès 1848, une clinique de psychiatrie. Longtemps installée dans les salles antiques de l'hôpital Julius, où existait depuis trois siècles un quartier d'aliénés [2], la clinique abandonna, en 1888, le vieil hôpital pour devenir un Institut universitaire autonome. Mais c'est seulement le 1er juin 1893 que furent inaugurés les bâtiments de la nouvelle clinique (*Psychiatrische Klinik der Universität Würzburg*), spécialement construite en vue de sa destination : l'enseignement des maladies mentales [3].

Nous emprunterons les éléments de notre description aux publications du professeur Rieger [4]. Conçue sur un plan tout à fait nouveau, la clinique de Wurzbourg est l'œuvre, non pas d'un architecte, — ce dernier n'ayant été que l'agent d'exécution, — mais d'un aliéniste qui a poursuivi, non sans hardiesse, la réalisation des conceptions que formule impérieusement la psychiatrie contemporaine. C'est en effet le professeur de la clinique psychiatrique lui-même, le Dr Rieger, qui a élaboré le plan général de l'établissement, ainsi que tous les détails d'organisation. L'architecte de l'Université, M. R. v. Horstig, n'a fait que se conformer scrupuleusement aux indications du médecin compétent.

Avant d'examiner dans le détail l'organisation de cet établisse-

[1] A moins d'indication contraire, les chiffres donnés au cours de ce travail se rapportent à l'année 1894.

[2] V. Paul Sérieux. *Notice historique sur le développement de l'assistance des aliénés en Allemagne.* Arch. de Neurologie, 1895, n° 105.

[3] C'est la seconde clinique psychiatrique de l'Empire allemand dont la création ait eu uniquement pour but de satisfaire les exigences de l'enseignement et de la science. L'autre clinique est celle de l'Université de Halle (Prusse).

[4] *Die Ausführung des Griesinger'schen Programms.* Centralbl. f. Nervenheilk. und Psychiatrie, déc. 1893.

Ueber einige Fragen der Organisation und der Baues psychiatrischer Kliniken. Ibid., 1894.

Die neue psychiatrische Klinik der Universität Wurzbourg. Klinisches Jahrbuch. V Band, 1894 (avec un plan).

ment modèle, donnons-en brièvement les caractères principaux : *Clinique de soixante lits pour malades aigus ; — deux pavillons de trente lits chacun*, la plupart des lits étant placés au rez-de-chaussée ; — *pas de quartier cellulaire ;* — aménagement spécial en vue du *traitement par le lit ;* — un *bâtiment principal* avec salle de cours de cent places, chambres d'examen, laboratoires pour le personnel médical (le professeur de clinique et cinq médecins) et un certain nombre d'étudiants ; — logements pour une partie du personnel médical.

Prix de revient des bâtiments : 340 000 francs. (La ville de Wurzbourg a fait don à l'Université du terrain, d'une superficie de deux hectares.)

Le nombre des lits de la clinique (60) paraîtra peut-être insuffisant, comparé à celui des autres cliniques psychiatriques universitaires d'Allemagne (100-150 lits). Mais à Würzbourg, on dispose pour l'enseignement, en outre des malades de la clinique, de 88 sujets incurables (40 aliénés et 48 épileptiques), hospitalisés à l'hôpital Julius. Le matériel clinique disponible est donc en réalité de 150 sujets environ. Ajoutons que le « mouvement » des entrées et des sorties est très actif : le nombre des admissions est quatre ou cinq fois plus considérable que celui des lits, d'où le renouvellement fréquent des patients. Chaque malade séjourne en moyenne soixante-treize jours. Le chiffre moyen des entrées par an, pour la période 1889-1896, est de 207. Le chiffre moyen de la population présente le 1er janvier a été, pour la même période, de 40. Enfin, l'admission des cas aigus est très facilitée : les malades sont admis sans plus de formalités que dans les services de médecine interne ou de chirurgie. La clinique sert de bureau d'admission pour l'asile de district de Verneck. On transfère dans ce dernier établissement les chroniques et les cas sans intérêt pour l'enseignement.

La clinique se compose essentiellement de *trois pavillons détachés* mis en communication par des *corridors*. Le pavillon central, est destiné exclusivement à l'enseignement et aux recherches scientifiques ou cliniques. Les deux autres pavillons, symétriquement disposés à droite et à gauche du premier, comprennent chacun trente malades de chaque sexe. (Voir la *fig.* 6.)

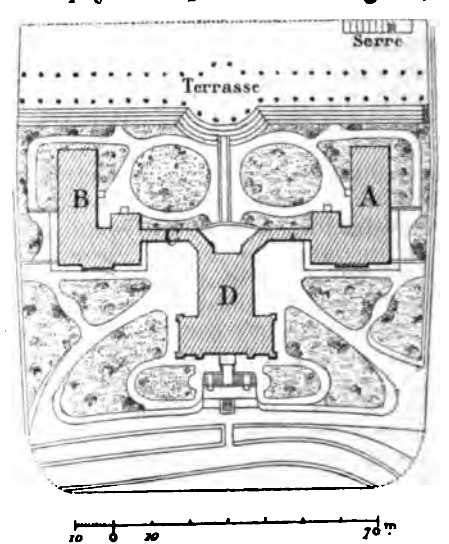
Les locaux les plus importants de la clinique étant situés au *rez-de-chaussée*, nous dirons quelques mots, pour n'avoir plus à y revenir, de l'affectation des locaux du sous-sol et du premier étage.

Le *sous-sol* des trois pavillons composant la clinique est assez élevé. En partie aménagé pour servir de locaux d'habitation, il est affecté en réalité à la *salle des morts*, à la *salle d'autopsie*, à la *buanderie*, à la *cuisine*, aux *magasins*, etc.

Pas de premier étage, sinon au-dessus de la partie antérieure de chaque pavillon, c'est-à-dire que la salle des cours (pavillon central)

et les salles de surveillance (2ᵉ et 3ᵉ pavillons) sont des bâtiments à rez-de-chaussée.

Plan d'ensemble de la Clinique psychiatrique de Wurzbourg.



A *Division des hommes, 30 lits.*
B *Division des femmes, 30 lits.*
C *Corridors.*
D *Bâtiment central* { *Salle des cours. Laboratoires. Chambres d'examen.* }

Fig. 6.

Au premier étage du pavillon central se trouvent de vastes *laboratoires de chimie, de physiologie.* Les pavillons latéraux ont, au premier étage, les logements des médecins et quelques chambres destinées à des malades n'ayant besoin d'aucun aménagement spécial.

Le plan du *rez-de-chaussée* doit nous arrêter plus longuement. Dans le *pavillon central* se trouvent : 1° la *salle des cours* pour cent auditeurs assis ; 2° *deux salles pour l'examen clinique* des malades avec installation électrothérapique ; 3° le *laboratoire d'anatomie* avec un laboratoire de photographie ; 4° le *cabinet du profes-*

seur; 5° les *bureaux ;* 6° une *salle de réception.* Le prix de revient du pavillon central s'est élevé à 137.500 francs.

Pavillons latéraux. — De nombreux problèmes se sont posés à propos de l'organisation des pavillons de malades. Il fallait, en effet, tenir compte des conditions spéciales dans lesquelles devait fonctionner la clinique psychiatrique de Würsbourg. Les locaux devaient se prêter à l'application du traitement par le lit de tous les malades non tranquilles et de ceux dont l'état physique laisse à désirer. Il fallait concilier l'emploi systématique de cette méthode avec les exigences de l'enseignement clinique, de façon à ce que le traitement ne fût pas interrompu chaque fois que le patient serait conduit à la salle de cours ou à la chambre d'examen. Pour donner satisfaction à cette dernière indication, sans cependant renoncer au système des pavillons détachés, on a mis les deux pavillons de malades en communication avec le bâtiment principal à l'aide de *corridors.* Grâce à ces corridors, on peut très aisément conduire les patients, maintenus au *lit*, de la salle de surveillance à la salle des cours ou aux chambres d'examen : tous ces locaux sont, en effet, situés au rez-de-chaussée. Les sujets traités par le repos au lit sont ainsi présentés aux élèves, ou examinés, *dans leur lit.* Cette manière de faire présente en outre l'avantage de permettre, sans perte de temps, un examen physique complet. Les considérations qui précèdent expliquent l'utilisation presque exclusive du rez-de-chaussée des bâtiments pour les locaux d'habitation, les salles d'examen et de cours, ainsi que l'emploi de corridors pour relier entre eux les divers pavillons.

D'autres difficultés devaient être tranchées dont la solution semblait de prime abord bien embarrassante. M. Rieger ne voulait en effet ni quartier cellulaire spécial, ni isolement prolongé en cellule, ni emploi habituel des « calmants ». Et cependant, la clinique devait recevoir un nombre considérable de cas aigus : d'où une proportion anormale de sujets agités ou de malades ayant besoin d'une surveillance permanente (50 p. 100 environ du chiffre total). La constitution matérielle des pavillons devait être adaptée à ces exigences spéciales. Chacun de ces quartiers comprenant 30 lits, c'étaient donc 16 malades agités ou à surveiller, pour lesquels il fallait prévoir un aménagement particulier.

Le problème était ainsi posé : grande proportion de cas aigus : agités ou malades à surveiller — suppression des quartiers cellulaires — pas d'isolement en cellule ou du moins isolement dans des limites très restreintes — pas de restreint chimique [1]. Avant de dire comment. M. Rieger a cherché à résoudre des difficultés que certains pensaient insolubles, exposons brièvement les idées

[1] Il va sans dire que le *non-restreint* est appliqué d'une façon rigoureuse. On a cessé de discuter cette question à l'étranger.

du professeur de Würzbourg sur cette question des quartiers d'agités et de l'isolement en cellule, qu'il considère à juste titre comme une des plus importantes de la psychiatrie.

M. Rieger part de ce principe que les malades agités et malpropres ont besoin d'une surveillance *ininterrompue*. Cette surveillance est d'autant plus indispensable que ce sont précisément les sujets agités qui présentent, en général, le plus de chances de curabilité. De plus, l'agitation n'est pas habituellement permanente chez un même malade ; l'agité de tout à l'heure est calme maintenant. Conclusion : l'isolement de ces sujets dans un quartier spécial doit être proscrit ; ceux-ci ne doivent pas être abandonnés à eux-mêmes, entre quatre murs, dans un quartier cellulaire, relégué à l'extrémité de l'établissement. Et, de fait, M. Rieger affirme, fort d'une expérience de dix années, qu'on peut traiter les malades agités *sans cellules*, et cela dans de meilleures conditions qu'en employant l'isolement cellulaire. Avec le concours du Dr Sommer, aujourd'hui titulaire de la chaire de clinique psychiatrique à l'université de Giessen, M. Rieger, dont la clinique, nous le répétons, sert de bureau d'admission pour tous les cas aigus et graves d'une grande ville et de ses environs, a pu réduire le nombre des cas dans lesquels il s'est vu obligé de recourir à l'isolement en cellule, à une quantité négligeable, et cela malgré un emploi très restreint des calmants.

Mais, dira-t-on, voici un maniaque furieux ou très bruyant : ne faut-il pas, tantôt mettre les malades à l'abri de ses cris, de ses violences, tantôt protéger l'agité contre lui-même ? — C'est précisément, répond M. Rieger, ces malades-là que, loin d'enfermer entre quatre murs, il importe de placer dans des conditions telles qu'ils ne soient pas un instant perdus de vue, et, cette surveillance permanente, ce n'est pas à travers un judas qu'elle peut s'exercer d'une façon efficace. — Sans doute, peut-on objecter ! Mais combien d'agités non dangereux qui ne sauraient rester dans une salle de surveillance, à moins d'être maintenus au lit par des infirmiers, tandis qu'on peut sans inconvénient les laisser en cellule ! A cela M. Rieger de répondre que ces malades, dont l'agitation ne paraît pas dangereuse pour leur propre sécurité, risquent alors d'être plus ou moins abandonnés dans leur chambre d'isolement. S'ils ne troublent plus le repos des autres, en revanche les symptômes psychiques s'aggravent par le fait même de leur séquestration en cellule ; ils contractent les pires habitudes et, si l'isolement se prolonge, leur état mental en est profondément modifié ; on a alors devant les yeux des manifestations psychiques *artificielles*. La cellule, l'isolement ont produit leur œuvre : il devient alors exact de dire que de pareils malades ne peuvent vivre qu'en cellule [1].

[1] Il convient à ce propos de rappeler l'opinion formulée, il y a long-

M. Rieger examine ensuite l'argument tiré des malades bruyants. Il rappelle l'opinion du professeur Hitzig, qui exprime le regret de se voir obligé, pour respecter le repos des autres malades, de reléguer loin de la surveillance du médecin des sujets qui, par leur agitation, sont susceptibles de provoquer des actes de brutalité de la part des infirmiers. La chose est d'autant plus regrettable que les malades en question ne sont pas à même, en raison de leur état mental, de dénoncer les violences dont ils peuvent être l'objet. Il paraît impossible de réaliser cet isolement *acoustique* sans soustraire, dans une certaine mesure, les malades en question à la surveillance qu'ils réclament. Nous verrons, après l'examen du plan des pavillons, comment M. Rieger remplace, pour les cliniques universitaires, cet isolement acoustique par ce qu'il appelle l'isolement *optique*, et dans quelles limites étroites il a recours aux chambres d'isolement.

Chaque pavillon se compose de deux parties étroitement en rapport : l'une, formant — sur le plan — la partie horizontale du bâtiment ; l'autre constituée par la partie verticale.

La première partie est réservée aux malades tranquilles, la seconde aux agités et aux sujets à surveiller. La *première section* comprend : un *vestibule* où viennent aboutir le corridor qui conduit au bâtiment central (salle des cours) et le monte-charge qui, du sous-sol, apporte les aliments. Sur ce vestibule donnent : une salle de réunion carrée, de 6 mètres de côté, — un dortoir rectangulaire (10 mètres × 6 mètres), — une salle-lavabo (7 mètres × 2 mètres), communiquant avec une salle de bains, — enfin un autre vestibule. Cette première section destinée aux malades paisibles comprend encore un office, des water-closets et une chambre à coucher (3 mètres × 6 mètres).

La *deuxième section* (malades agités ou à surveiller) comprend un second vestibule qui peut servir de salle de réunion (13 mètres × 5 mètres). Sur ce vestibule s'ouvrent : la *salle de surveil-*

temps, par d'éminents aliénistes français. Renaudin considère la cellule « comme une cause permanente d'excitation, comme exagérant les conséquences de l'état hallucinatoire et comme favorisant le développement des conceptions délirantes les plus tenaces ». Elle n'est pas moins nuisible, ajoute Renaudin, sous le rapport hygiénique.

« La cellule, comme habitation de jour, dit Parchappe, ne peut être admise que très exceptionnellement et toujours d'une manière temporaire et pour une courte durée. Le séjour permanent dans une cellule, loin d'être efficace pour amener l'apaisement de l'agitation chez les aliénés, a au contraire pour effet d'augmenter et d'entretenir l'agitation. »

Foville déclare que « l'isolement dans la cellule a des inconvénients graves : l'halluciné, l'agité n'y trouvent que des conceptions délirantes nouvelles ; les fonctions organiques s'exerçant mal, leur constitution s'y étiole ».

lance continue, — la salle de bains indiquée ci-dessus, — une chambre d'isolement. La salle de surveillance continue (13 mètres de longueur) a 6 m 50 de largeur sur une partie de son étendue et 10 mètres sur le reste. Au fond de la salle de surveillance, par conséquent en rapport étroit de contiguïté avec cette pièce, s'ouvrent *deux chambres d'isolement* séparées par une *cellule capitonnée*. Ces trois chambres constituent le seul aménagement spécial organisé en vue des agités. Point important à noter : des closets et une baignoire sont placés *dans la salle de surveillance même*.

Pas de barreaux aux fenêtres. Jalousies en bois fermant à clef.

Le prix de revient de chacun de ces pavillons (30 malades) a été de 100 000 francs.

La constitution matérielle n'est qu'un des éléments à considérer. M. Rieger a complété cette installation par une *organisation spéciale du service de surveillance*. Tout est combiné pour que, pas un instant, les malades ne cessent d'être étroitement surveillés par un personnel bien dressé. *Les infirmiers n'ont pas à s'occuper du transport des aliments*, ceux-ci étant amenés automatiquement, du sous-sol dans le vestibule même de la salle de surveillance, par un monte-charge. De cette façon, ni perte de temps, ni relâchement de la vigilance du personnel. Ce n'est pas tout. Un service de garde est organisé entre les six médecins (dont quelques-uns sont logés dans les pavillons des malades) et des étudiants stagiaires ; il y a ainsi un médecin de service d'une façon presque permanente. En particulier, dans la salle de surveillance des hommes, les mesures nécessaires sont prises pour que, en dehors des médecins assistants *qui sont dans la proportion de un pour dix malades, dont quatre aigus*, il y ait presque en permanence — et même la nuit en cas de besoin — un étudiant de garde. On arrive ainsi à obtenir une *surveillance médicale* presque continue.

Dans ces conditions, chaque accès d'agitation, au lieu de déterminer purement et simplement la relégation du malade dans un quartier d'agités plus ou moins éloigné, où l'insuffisance du personnel et l'isolement en cellule rendent une surveillance constante bien difficile, — *chaque accès d'agitation peut être traité par le médecin*. Celui-ci, logé à proximité de la salle de surveillance, peut intervenir chaque fois qu'éclate un accès de ce genre, de même que, dans une clinique obstétricale, le médecin est appelé pour surveiller les accouchements. Ajoutons que les locaux sont disposés de façon à ce que la salle de surveillance soit traversée aussi souvent que possible par le médecin : elle lui sert de passage. Le personnel est ainsi constamment tenu en haleine par l'apparition fréquente et inopinée des médecins : voilà qui vaut mieux, à coup sûr, que toutes les *visites* et *contre-visites* à heure fixe en usage dans la plupart des asiles.

A-t-on affaire à un agité *furieux*, absolument égaré, dans un

état de confusion profonde, — cas d'ailleurs rare, un grand nombre des fous furieux d'autrefois étant le produit artificiel de la camisole et de la cellule, — on a recours à un lit capitonné placé dans la salle de surveillance, ou (en cas de nécessité absolue) au transport du patient dans une cellule dont parois et parquet sont soigneusement capitonnés. Le malade est conduit aux closets à heure fixe.

S'agit-il d'un sujet bruyant? La présence du médecin, les soins que celui-ci peut donner dès le début de l'accès d'agitation, permettent souvent de ne pas en venir à l'isolement du patient. Parfois il suffit d'un changement de milieu, du transport du lit du malade dans la salle d'examen pour calmer l'excitation. Les bains prolongés durant plusieurs heures, les bains permanents sont très utiles. On les donne dans la baignoire placée dans la salle de surveillance.

Au cas où ces moyens se montrent insuffisants, on ne peut évidemment, en l'absence d'un quartier cellulaire spécial, réaliser l'isolement *acoustique*. Mais au moins, dit M. Rieger, est-il possible d'obtenir, dans une certaine mesure, l'isolement *optique* : dans ce but on se sert, dans la salle de surveillance, de *paravents*, ou bien on transporte le malade dans une des deux chambres qui donnent sur cette salle, chambres dont la porte doit, en principe, rester ouverte. Rarement d'ailleurs on est obligé d'avoir recours à cette mesure.

Si l'isolement s'impose, complet, s'il devient nécessaire de fermer la porte des chambres en question, on le fait pour un laps de temps qui ne dépasse pas quelques quarts d'heure. De cette manière, on ne laisse pas au malade le temps de souiller le local. L'agitation, qui procède habituellement par crises passagères, finit en général par s'atténuer. En pratique, — M. Rieger insiste sur ce point, — les chambres en question sont pour ainsi dire inemployées; *elles n'entrent pas en ligne de compte dans le nombre des lits disponibles*. Lorsqu'on y a recours, c'est plutôt comme à un grand lit dans lequel médecin et infirmiers ont le patient sous les yeux, pendant que les autres malades, à la vue desquels l'agité est soustrait, sont isolés de lui *optiquement* et, si la chose devient nécessaire, au point de vue *acoustique* [1].

Ajoutons que M. Rieger attache une grande importance au mode de répartition des lits dans la salle de surveillance, répartition qui est fréquemment modifiée selon les indications (*dislocation*). En vue d'obtenir la présence continue du personnel, les closets et la

[1] A l'asile de Brême, il n'existe pas, en dehors de la salle de surveillance, d'installation spéciale pour l'isolement des agités. Le docteur Scholz est, plus encore que le professeur Rieger, systématiquement opposé à la création d'un quartier cellulaire pour les agités. Il n'a voulu, dans son asile, ni chambre d'isolement, ni cellule capitonnée.

baignoire sont, nous l'avons dit, placés dans la salle de surveillance même, et le transport des aliments se fait d'une façon automatique.

Une organisation de ce genre, excellente pour une clinique universitaire de soixante lits, présenterait des inconvénients dans un établissement dont la population atteindrait 200 malades. Le repos nécessaire au traitement des psychoses aiguës et des mélancoliques ne doit pas être sans cesse troublé par le bruit résultant du séjour des agités dans des chambres annexées à la salle de surveillance. Est-ce à dire cependant que la création d'un quartier cellulaire, d'une section d'isolement pour les agités, devienne alors nécessaire ? Nullement. Ce qu'il faut, dit M. Rieger, c'est *une deuxième salle de surveillance*, analogue à la première, bien isolée de celle-ci au point de vue acoustique et affectée aux sujets bruyants ou agités [1].

Population de la clinique (1er janvier 1898) : 51 malades (19 hommes, 32 femmes). — *Nombre des admissions* en 1897 : 220 malades (98 hommes, 122 femmes). — *Personnel médical :* le professeur, deux assistants, dont l'un est privat-docent, et deux co-assistants.

Université de Giessen (Grand-Duché de Hesse).

(*Faculté de médecine :* 17 professeurs et privat-docenten ; 149 étudiants.)

Nous empruntons à M. le Dr de Bœck, à M. le Dr Ladame et à M. le Dr Læhr, les éléments de la description de la clinique de psychiatrie de Giessen, une des plus récentes (1896) des cliniques de ce genre en Allemagne [2].

La clinique psychiatrique (*Psychiatrische Klinik zu Giessen*) est située au centre de la ville, à proximité des instituts de gynécologie, de médecine interne, d'anatomie pathologique, d'hygiène, d'ophtalmologie, de chirurgie. Les étudiants peuvent ainsi, sans perte de temps, suivre les différentes cliniques, qui n'ont pas lieu comme en France, à la même heure.

Le personnel médical comprend le professeur, M. le Dr Sommer, qui est aussi directeur de la clinique, trois assistants et deux médecins volontaires, logés à la clinique. Le *nombre des lits* est de 80. La proportion des serviteurs est de un pour trois malades.

[1] Voir sur cette question : P. Sérieux. *La clinique de psychiatrie de l'université de Würzbourg et la suppression des quartiers cellulaires.* Revue de psychiatrie, avril 1898.

[2] De Bœck. *La clinique de psychiatrie de l'université de Giessen* (Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique, décembre 1896, p. 393-399).

Ladame. *Une visite à la clinique psychiatrique de Giessen.* Annal. méd. psycholog., nov. 1898.

L'établissement se compose de *pavillons détachés*, de *villas*, séparées par de vastes jardins et disposées symétriquement autour du bâtiment central et des cuisines qui sont au milieu de la colonie. *Pas de murs*, mais une simple haie peu élevée.

Le *bâtiment principal* comprend : au rez-de-chaussée, le cabinet du professeur, les bureaux administratifs, la policlinique (consultation externe), la bibliothèque ; au premier étage : les laboratoires de chimie, d'histologie, de photographie, de psychologie, le musée, la salle d'autopsie, la salle des cours. Les logements du premier et du deuxième assistants, chargés l'un de la division des hommes, l'autre de celle des femmes, sont situés au rez-de-chaussée et au premier étage et disposés de façon à permettre aux assistants de surveiller leur division respective.

La policlinique sert non seulement à recevoir les malades de la consultation, mais à hospitaliser un certain nombre de sujets atteints de maladies nerveuses.

Chaque division d'hommes et de femmes comprend quatre villas destinées chacune aux malades suivants : 1° tranquilles et pensionnaires ; 2° sujets tranquilles, mais ayant besoin d'une surveillance continue ; 3° agités ; 4° sujets à isoler, aliénés criminels.

La première villa renferme trois salles de réunion et une série de chambres particulières.

La deuxième villa, qui sert de *pavillon de traitement*, comprend l'appartement du troisième assistant (chez les femmes), de l'assistant volontaire (chez les hommes), une grande salle de surveillance continue pour le traitement par le lit, une salle de réunion, une salle de bains.

Dans le pavillon des agités se trouvent, en outre des locaux réservés aux malades, un laboratoire avec appareils photographiques, *phonographe*, *cinématographe*, *stéréoscope*, instruments de psychologie physiologique, et le logement du surveillant en chef. Il faut signaler que ce pavillon possède un *premier étage* avec salle de réunion, deux dortoirs, deux chambres d'isolement, une salle de bains et un cabinet de toilette. Les sujets les moins agités y sont logés.

Le pavillon d'isolement, en communication avec la villa précédente par une galerie assez large, a quatre cellules, dont une très solide et une salle de bains.

Chaque villa est reliée aux autres et aux appartements des médecins par le *téléphone*.

Eclairage électrique. — *Chauffage central* (vapeur à basse pression) avec appareils installés dans le sous-sol d'un des pavillons de la division des hommes.

Eau chaude et eau froide à volonté dans chaque pavillon ; on peut ainsi appliquer aux agités et aux sujets atteints d'eschares le traitement par les bains tièdes. — Parquet recouvert de linoleum.

Emploi presque exclusif des bains dans les accès d'agitation. Les salles de bains possèdent des baignoires mobiles se transportant sur des rails jusque dans les cellules. Dans les salles de surveillance continue se trouvent des baignoires entourées de rideaux qui permettent de baigner les malades agités près de leur lit.

Comme dans les autres cliniques, le *non-restreint* est rigoureusement appliqué.

Les avantages de la clinique de Giessen sont les suivants : 1° Abondance des locaux pour les recherches scientifiques et pour l'enseignement psychiatrique ; — 2° Multiplicité des salles spécialement aménagées pour la surveillance continue ; — 3° Proportion considérable du personnel médical : *Il y a, à Giessen un infirmier pour* 2,5 *à* 3 *malades. Outre le professeur de clinique*, qui remplit les fonctions de directeur-médecin en chef, *il y a* 3 *médecins assistants et* 2 *médecins volontaires* pour un service de 80 lits. Le nombre moyen des malades présents pendant les derniers mois a oscillé entre 50 et 62 ; — 4° Annexion à la salle de surveillance de locaux de réunion, de salles de bains et de water-closets ; — 5° Organisation d'un cabinet spécial pour l'examen scientifique des malades, à côté de la salle de surveillance ; — 6° Connexion étroite de cette salle avec les cellules d'isolement ; — 7° Situation des appartements des médecins à proximité des salles de surveillance continue, la surveillance et l'assistance médicales devant être aussi rapprochées que possible des malades qui en ont le plus besoin.

La construction des bâtiments a nécessité une dépense de 1 million. L'ameublement, les appareils ont coûté 150 000 francs. L'Etat fournit à la clinique une subvention annuelle de 77 000 francs. Le prix de journée varie de 3 fr. 75 à 8 fr. 75 pour les pensionnaires ; il est de 1 fr. 25 pour les indigents.

Pour les *admissions*, le directeur s'inspire avant tout des besoins de l'enseignement clinique ; il peut recevoir gratuitement 10 malades, dont les frais de séjour sont supportés par le budget de l'asile. Du 1er mars 1896, date de l'ouverture, au 1er mars 1897, on a compté 184 entrées.

Population (1er janvier 1898) : 56 malades (26 hommes, 30 femmes). — *Nombre des admissions* en 1897 : 154 (76 hommes, 78 femmes).

Il importe de faire remarquer en passant quels sacrifices considérables font les universités allemandes en faveur de leurs cliniques. L'université de Giessen est une des moins fréquentées d'Allemagne ; elle est située dans un petit Etat, le Grand-Duché de Hesse, dont la population atteint à peine 1 million d'habitants, et dans une ville elle-même peu importante ; cependant on n'a pas reculé devant l'énorme dépense de plus d'un million pour créer une clinique psychiatrique modèle. Espérons que nos universités provinciales suivront cet exemple.

Le professeur Sommer est l'auteur de travaux intéressants sur : le *Siège de l'âme, d'après Sœmmering ;* — l'*Histoire de la psychologie et de l'esthétique en Allemagne ;* — la *Question des infirmiers ;* — *l'Eglise et l'Etat, leur intervention dans l'assistance des aliénés ;* — les *Méthodes d'investigation psychophysique applicables aux aliénés*, méthodes ayant pour but de mesurer avec précision le niveau mental et l'instruction des sujets, la durée et l'intensité des réactions psychiques, des phénomènes d'association et d'automatisme, la faculté d'orientation, etc.

Université d'Iéna (Grand-Duché de Saxe-Weimar).

(*Faculté de médecine* : 12 professeurs ordinaires ; 8 professeurs extraordinaires ; 5 privat-docenten ; 204 étudiants.)

La clinique psychiatrique de l'université d'Iéna, fondée en 1848, n'est pas un établissement purement universitaire. Elle sert aussi d'asile de traitement (*Landes-Irren-Heil-Anstalt und psychiatrische Klinik*) pour le Grand-Duché et pour une petite principauté voisine (soit pour une population totale de 400 000 habitants environ). Elle a été inaugurée en 1879.

L'asile d'Iéna est composé de trois corps de bâtiments réunis entre eux par le sous-sol et par le rez-de-chaussée (longueur 130 mètres). Le *bâtiment central* sert à la fois de bâtiment d'administration et de quartier de malades ; les deux étages en sont réservés aux pensionnaires, aux aliénés paisibles et aux « nerveux ». Les *deux bâtiments latéraux* servent au logement des malades de deuxième et de troisième classes.

En arrière du bâtiment central se trouve un pavillon avec *deux salles de réunion* et une *salle des fêtes*. Plus en arrière encore, le *bâtiment des services économiques* avec des locaux d'habitation pour 8 aliénés paisibles. Non loin, le pavillon du directeur.

La *population* de l'établissement était, au 1er janvier 1890, de 168 malades (91 hommes, 77 femmes). — *Nombre des admissions* en 1889 : 263 (148 hommes, 115 femmes). — Le nombre des lits disponibles est environ de 180.

L'asile d'Iéna possède un *terrain de culture*, de vastes *jardins*, une *annexe* (fondée en 1890) pour une quinzaine de malades convalescents ou de « nerveux ». Il sert de bureau d'admission pour l'autre établissement du Grand-Duché, l'asile-colonie de Blankenhain (260 malades). Les admissions se font très facilement, même pour les aliénés « étrangers » n'ayant pas leur domicile de secours dans le Grand-Duché. Les prix de journée varient de 1,20 à 6 marks 50. Le nombre des admissions de malades « nerveux » va sans cesse en augmentant.

Le professeur de psychiatrie, le Dr O. Binswanger, est secondé

par trois médecins. Le professeur est partisan de l'enseignement obligatoire de la psychiatrie pour tous les étudiants, et réclame la création d'un examen spécial portant sur les maladies mentales.

***Population*, le 1er janvier 1898 : 198 malades (100 hommes, 98 femmes). — *Nombre des entrées* en 1897 : 520 (305 hommes, 215 femmes).**

(*A suivre.*)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Théorie des neuro-diélectriques ;

Par le Dr CHARLES BINET-SANGLÉ.

La théorie, qu'on peut appeler *théorie de l'excitation simple* et par laquelle on a jusqu'ici prétendu expliquer le tremblement, les myoclonies, les attaques d'épilepsie et les attaques d'hystérie est loin de satisfaire l'esprit.

Par exemple, elle ne fait pas comprendre :

1° La diminution ou la cessation temporaire du tremblement alcoolique par suite d'une absorption d'alcool ;

2° L'apparition de l'hémitremblement ou de l'hémichorée post-hémiplégique, au moment où l'hémiplégie s'améliore ;

3° La coïncidence fréquente, dans un même territoire musculaire, de secousses pathologiques et d'une parésie ;

4° L'intermittence des contractions athétosiques, des secousses choréiques et des tics ;

5° La soudaineté des attaques d'épilepsie et des attaques d'hystérie.

Je propose de lui substituer une théorie dont l'exposé va suivre, et qui procède des idées de Schröder van der Kolk et d'Hughlings Jackson.

Je me sépare de ces auteurs en ce que :

1° Je n'assimile pas la cellule nerveuse à un *condensateur* comme la bouteille de Leyde, mais à un *accumulateur*, comme l'accumulateur Planté, ne faisant intervenir la condensation proprement dite que lorsqu'il existe certaines

lésions nerveuses que j'appelle les *neuro-diélectriques pathologiques* ;

2° Par cette conception du neuro-diélectrique, j'essaie d'aller un peu plus au fond des choses ;

3° Au lieu de limiter aux cellules du bulbe et de l'écorce l'assimilation de la cellule nerveuse à un élément électrique, je l'étends à toutes les cellules nerveuses ;

4° Au lieu de limiter la conception de la décharge nerveuse à l'épilepsie, je l'étends à toutes les secousses pathologiques.

L'ensemble des travaux de d'Arsonval, les expériences de Beaunis sur la vitesse de l'électricité dans les conducteurs organiques, les recherches de Bernstein sur la variation négative des nerfs, et celles, récentes, d'Auguste Charpentier sur la vitesse de propagation et la longueur d'onde des oscillations nerveuses, nous permettent de croire, après du Bois-Raymond, que ces oscillations sont de nature électrique.

D'ailleurs, le nerf actionné fait dévier le galvanomètre. Il ne répond qu'à une action brusque, comme si cette action n'agissait que par l'intermédiaire de courants induits. Sa coupe ressemble d'une façon frappante à celle d'un câble électrique, et l'on sait que, l'industrie plagie souvent la nature. Certains phénomènes psychologiques ont leurs analogues dans les phénomènes d'aimantation. Enfin l'étude des poissons électriques conduit à penser que leur fonction spéciale n'est qu'un cas particulier de la grande fonction nerveuse.

Bien plus, il résulte, d'une part des expériences de Becquerel et de d'Arsonval et d'autre part des recherches de Ranke sur les réactions cellulaires, que toute cellule est une pile hydro-électrique, un couple électro-capillaire. Les neurones sont, à ce qu'il semble, des piles réversibles, des *accumulateurs* disposés en série. Selon Marinesco, leur trophoplasma est une substance à haute tension chimique. Pflüger, reprenant les expériences de Budje, admettait déjà que le nerf était non seulement un organe de transmission, mais un organe de dégagement nerveux. Autant dire que l'axone, et, d'une façon plus générale, que le neurone contient des électrolytes. N'est-ce pas, comme le dit excellemment Hermann, dans les faits de polarisation, c'est-à-dire dans les phénomènes électrolytiques, que l'électrotonus trouve sa meilleure interprétation ? Les neurones se comportent comme des

accumulateurs. Leur activité diminue ou cesse lorsqu'ils s'encrassent, pour reparaître lorsqu'ils ont été lavés par les liquides circulants. Ils subissent encore, comme les accumulateurs, les conséquences d'un excès de travail ou d'un trop long repos.

Le système nerveux est une machine qui, comme toute machine, et par le seul fait de son architecture, de l'agencement de ses rouages, et ici, de la disposition de ses molécules, transforme les mouvements qui la traversent.

D'une part, elle est impressionnée par des mouvements qu'on peut rapporter à la mécanique (froissements, chocs, pincements, piqûres, etc.), à la physique (ondes thermiques, électriques, sonores, lumineuses), ou à la chimie (transformations isomériques, combinaisons, décombinaisons). Ces derniers, très nombreux, très variés, et ayant lieu dans l'intimité de tous nos tissus, sont, par les impressions qu'ils produisent sur les conducteurs profonds, *la source principale de notre force.* On peut dire que la machine nerveuse *reçoit* ces mouvements.

Mais d'autre part, les lois de la conservation de l'énergie et de l'équivalence des forces étant applicables aux êtres vivants, la machine nerveuse *rend* des contractions musculaires, et des mouvements physiques et chimiques d'un autre ordre (chaleur animale, électricité organique, trophisme).

En un mot, le système nerveux n'est qu'un *lieu de passage* et l'origine de notre énergie, de nos mouvements, est dans les impressions sensorielles conscientes ou inconscientes. Rien dans les muscles qui n'ait été dans les sens.

Il n'y a pas un instant de la vie ou le système nerveux ne reçoive du mouvement, et il n'y a pas un instant où il n'en rende. Le réservoir central débite sans cesse. Mais ce débit n'est pas constant. Tantôt il est faible, comme dans le sommeil. Tantôt il est énorme, comme dans les grands efforts. C'est là une preuve certaine qu'il existe des barrages dans le système nerveux. Ces barrages, je les appelle les *neuro-diélectriques.*

Soit deux lames métalliques communiquant l'une avec une source électrique, l'autre avec la terre, et séparées par une lame isolante. Cet appareil est un condensateur, et la lame isolante est un *diélectrique*. Soit deux fils reliés chacun

au pôle d'une pile. Rapprochons leurs bouts libres, sans cependant les mettre en contact. La masse d'air qui les sépare, et qui oppose une résistance encore infranchissable au courant, est un diélectrique. Soit un fil de cuivre réunissant les deux pôles d'une pile. Je remplace un centimètre de ce fil par un centimètre de fil de plomb. Ce plomb constitue un diélectrique. Un diélectrique est donc un corps mauvais conducteur placé entre deux corps bons conducteurs.

Or il se forme normalement des diélectriques, dans les conducteurs nerveux. Le défaut fréquent d'équivalence entre la provocation et la réponse immédiate, ainsi que les phénomènes d'addition latente ne peuvent s'expliquer autrement. Comment se forment ces *neuro-diélectriques normaux ?* Peut-être par suite de la rétraction des neurones, dont la plasticité est démontrée. Où se forment-ils? Peut-être entre les prolongements, momentanément séparés, de deux neurones contigus; peut-être dans l'intérieur du neurone par suite de modifications locales dans sa densité lors de la rétraction (dispositif perlé de Jean Renaut).

Or c'est à la formation dans les conducteurs nerveux de *neuro-diélectriques pathologiques* que sont dues, selon moi, les contractions athétosiques, les secousses du tremblement, des chorées et des tics, les décharges épileptiques et hystériques, ainsi que les paralysies.

Si je rassemble des phénomènes aussi divers en apparence, c'est que toute théorie qui prétend expliquer l'un quelconque d'entre eux, doit aussi pouvoir expliquer les autres; car j'ai été conduit par une étude d'ensemble[1] sur les contractions pathologiques et les paralysies, à poser les lois suivantes :

PREMIÈRE LOI. — *Chaque variété de secousses et de paralysies peut résulter de causes différentes ;*

DEUXIÈME LOI. — *Une même cause peut produire plusieurs variétés de secousses et de paralysies ;*

TROISIÈME LOI. — *Les diverses variétés de secousses et de paralysies peuvent se transformer les unes dans les autres chez un même sujet :*

QUATRIÈME LOI. — *Les diverses variétés de secousses et de*

[1] Ch. Binet-Sanglé. *Lois des secousses et des paralysies. Théorie des neuro-diélectriques* (en préparation).

paralysies peuvent se transformer les unes dans les autres par hérédité.

La formation du neuro-diélectrique est due :

1° Soit à l'action sur le conducteur nerveux d'un poison non microbien ou microbien (tremblement alcoolique, chorée rhumatismale, etc.) ;

2° Soit à un déplacement moléculaire par ébranlement (tremblement de Zielgen, hystérie traumatique, etc.) ;

3° Soit à un déplacement moléculaire par compression ou étirement (hémichorée par hémorrhagie cérébrale, épilepsie par tumeur cérébrale, etc.) ;

4° Soit à une déchirure ou à une rupture (paralysies traumatiques diverses).

Dès qu'un conducteur nerveux est altéré physiquement, chimiquement ou histologiquement en un point quelconque de son parcours, un neuro-diélectrique est constitué en ce point. Nous ne connaissons encore que les neuro-diélectriques grossiers. Ce sont ces lésions nerveuses qui ont été constatées en correspondance avec les secousses pathologiques et les paralysies :

1° Aspect brillant du corps du neurone; 2° atrophie simple; 3° ectopie du nucléole; 4° ectopie du noyau; 5° déformations diverses, varicosités; 6° tuméfactions; 7° vacuolisations; 8° pigmentations anormales, surcharges amyloïde, graisseuse ou calcaire; 9° chromatolyse; 10° désintégration et disparition de la trame achromatique; 11° rupture des dendrites ou de l'axone ; 12° fragmentation et disparition des dendrites, de l'axone ou du corps du neurone.

La résistance des neuro-diélectriques dépend : 1° de leur constitution physique, chimique et histologique; 2° de leur épaisseur.

La nature des accidents auxquels ils donnent lieu dépend : 1° de leur résistance ; 2° de leur répartition.

On comprend comment ces accidents surviennent. Dès qu'un neuro-diélectrique est constitué dans un conducteur, le potentiel, ou, si l'on veut, la pression nerveuse augmente peu à peu en amont, par suite de l'arrivée incessante des ondes consécutives aux impressions sur les conducteurs ou au dégagement des accumulateurs neuroniens. Si le neuro-diélectrique n'est pas absolument imperméable, il arrivera un moment où sa tension ne sera plus équilibrée par sa téna-

cité. Il se produira alors une décharge, comme dans le condensateur électrique, et par suite une contraction musculaire. Puis la pression, tombée à zéro, augmentera de nouveau : une nouvelle décharge se produira, et ainsi de suite. De là l'intermittence des contractions du tremblement, de l'athétose, des chorées et des tics, ainsi que des attaques d'épilepsie et des attaques d'hystérie.

Que se passe-t-il entre les décharges ?

1° Ou bien les ondes nerveuses continuent de traverser le neuro-diélectrique sous forme d'éffluves, comme il arrive dans le condensateur électrique; et on ne constate alors qu'une parésie, qui peut même rester ignorée par suite des suppléances musculaires ;

2° Ou bien les ondes nerveuses ne passent plus, et il existe une paralysie qui peut aussi être en partie masquée par les suppléances.

Ainsi s'explique la coïncidence fréquente, dans un même territoire musculaire de contractions pathologiques et d'une parésie plus ou moins apparente.

Si le neuro-diélectrique est absolument imperméable, il n'y a pas de décharges, et la paralysie est complète.

Cette théorie fait comprendre pourquoi l'hémiplégie est souvent précédée d'hémitremblement, d'hémiathétose ou d'hémichorée. C'est qu'alors la résistance des neuro-diélectriques d'abord relativement faible, a augmenté peu à peu. Et pourquoi l'on voit parfois l'hémitremblement ou l'hémichorée réapparaître, quand l'hémiplégie s'améliore. C'est qu'alors les neuro-diélectriques ont diminué peu à peu de résistance.

Pour une quantité d'électricité donnée, la force des décharges électriques est en raison inverse de leur fréquence.

De même :

Cinquième loi. — *Pour une quantité d'influx nerveux donnée, la force des décharges nerveuses est en raison inverse de leur fréquence.*

C'est ainsi que les décharges du tremblement, qui sont les plus fréquentes, sont aussi les plus faibles, et que les décharges épileptiques, qui sont les plus fortes, sont aussi les plus rares.

Si en amont d'un diélectrique, la pression électrique augmente, les décharges électriques augmentent de fréquence.

De même :

Sixième loi. — *Si en amont d'un neuro-diélectrique la pression nerveuse augmente, les décharges nerveuses augmentent de fréquence.*

La pression nerveuse augmente en amont d'un neuro-diélectrique :

1° Soit par suite d'une augmentation dans le nombre ou l'intensité des impressions sur les conducteurs (secousses choréiques exagérées par les excitations cutanées ; attaques d'épilepsie ou d'hystérie occasionnées par l'excitation de certaines zones, etc.) ;

2° Soit par suite d'une augmentation de dégagement dans les accumulateurs neuroniens (tremblement, athétose, chorées exagérés par le dégagement explosif qui correspond à l'émotion).

L'augmentation de la pression nerveuse en amont du neuro-diélectrique peut même rendre les décharges si fréquentes qu'elles se fusionnent momentanément. C'est de cette manière qu'une absorption d'alcool peut faire cesser momentanément le tremblement alcoolique, phénomène tout à fait comparable à celui-ci :

Si nous approchons de l'un des cylindres d'une machine de Ramsden modérément actionnée, une tige métallique communiquant avec le sol, des étincelles distinctes jailliront du cylindre à la tige. Mais si la vitesse du plateau augmente suffisamment, les étincelles se succèderont avec une telle rapidité qu'on aura l'illusion d'une traînée lumineuse constante.

Inversement, si en amont d'un diélectrique, la pression électrique diminue, les décharges électriques diminuent de fréquence.

De même :

Septième loi. — *Si en amont d'un neuro-diélectrique, la pression nerveuse diminue, les décharges nerveuses diminuent de fréquence.*

La pression nerveuse diminue en amont d'un neuro-diélectrique :

1° Soit par suite d'une diminution dans le nombre ou dans l'intensité des impressions sur les conducteurs ;

2° Soit par suite d'une diminution de dégagement dans les accumulateurs neuroniens.

C'est ainsi que les tremblements, les contractions athétosiques et les secousses choréiques cessent pendant le sommeil. J'attribue aux rêves et aux hallucinations hypnagogiques des épileptiques l'exception qu'offrent à ce point de vue les attaques d'épilepsie. La théorie des neuro-diélectriques laissant moins de faits inexpliqués, doit être préférée à la théorie de l'excitation simple.

RECUEIL DE FAITS.

Idiotie épileptique. Inégalité de poids des hémisphères cérébraux. Malformation des lobes occipitaux dans lesquels les sinus latéraux se sont creusés des sillons profonds ;

Par le Dr DANIEL BRUNET.

Le nommé Z..., enfant assisté d'Angoulême, né en 1844, entre à l'asile de Brenty le 19 novembre 1868, pour cause d'*idiotie épileptique*.

Son intelligence est nulle. Il ne répond aux questions qu'on lui adresse que par des sons inarticulés. Dans certains moments, il prononce quelques mots sans suite. Il a des accès d'épilepsie violents et très fréquents, en moyenne 8 à 10 par semaine.

1870. Les accès épileptiques deviennent de plus en plus fréquents. Sons inarticulés.

1871. Les accès sont au nombre de 10 à 15 par semaine. Gâtisme.

16 janvier 1876. Il succombe aujourd'hui à une série de crises épileptiques qui se sont succédés, pendant vingt-quatre heures, à de très courts intervalles. A 6 heures du soir, je lui ai fait prendre 7 grammes de bromure de potassium, au moyen d'une sonde œsophagienne introduite par le nez. Sous l'influence de cette médication, il est resté calme jusqu'à 3 heures du matin. Les accès sont alors revenus, et il a succombé à 7 heures du matin.

Autopsie. Poumon droit congestionné à la partie postéro-inférieure ; foie également congestionné.

Les lobes occipitaux du cerveau présentent en arrière une anomalie très rare, probablement congénitale. Ils sont creusés d'un sillon profond pour loger les sinus latéraux. Le sinus longitudinal, qui leur donne naissance, au lieu de se bifurquer, comme il le fait ordinairement, au niveau de la tente du cervelet, se bifurque à deux centimètres en avant de l'extrémité postérieure des lobes occipitaux pour former ces sinus.

L'hémisphère cérébral gauche est beaucoup moins volumineux que le droit.

Poids des divers organes :

Encéphale.	Hémisphère cérébral droit. .	615 gr.	Foie	880 gr.
	— gauche.	570 —	Poumon gauche.	660 —
	Cervelet.	130 —	— droit. .	580 —
	Protubérance	18 —	Cœur	190 —
	Bulbe	7 —	Rein gauche .	95 —
			— droit . . .	85 —
	Total. . . .	1 340 gr.	Rate.	60 —

L'encéphale est volumineux pour la taille de ce jeune homme qui est petite; il ne présente pas de lésions à l'œil nu.

L'inégalité de poids des hémisphères cérébraux est fréquente dans l'épilepsie, comme l'ont prouvé les pesées de Follet, Baume, Bourneville et les nôtres. Elle est due tantôt à l'hypertrophie de l'hémisphère qui pèse le plus, tantôt à l'atrophie de celui qui est le moins lourd.

Cette inégalité se rencontre également, très souvent, dans la paralysie générale, par suite de la prédominance des lésions phlegmasiques sur l'un des deux hémisphères, lésions qui déterminent toujours de l'atrophie, si cette affection suit sa marche ordinaire, si la mort n'est pas hâtée par des maladies accidentelles.

L'anomalie des sinus latéraux peut être considérée comme la cause de l'épilepsie, dont la fréquence des attaques a empêché le développement de l'intelligence. Le creusement de sillons profonds dans les lobes occipitaux n'a pu se faire sans déterminer une irritation de la substance corticale, d'autant plus que ces sinus se distendent par le sang veineux dans les mouvements d'expiration.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

XXIV. Polynévrite avec incontinence d'urine et des matières fécales, tachycardie, hoquet, etc.; par J. Crocq. (*Journal de Neurologie*, 1900, n° 7.)

Un jeune homme en pleine santé est subitement pris de fièvre intense, d'un affaiblissement musculaire et de douleurs très violentes, localisés d'abord dans les membres inférieurs, puis dans les membres supérieurs, et d'autant plus marqués que l'on se rapproche des extrémités. Les réflexes sont abolis dans les parties atteintes, sauf le réflexe plantaire qui persiste ; les différentes sensibilités sont intactes. Puis survient pendant quatre jours une incontinence d'urine et des matières fécales. Au bout de trois semaines, la fièvre tombe, les troubles moteurs et sensitifs s'améliorent progressivement, mais il survient de la tachycardie, de l'oppression, des palpitations et du hoquet, phénomènes qui, d'après l'auteur, dénotent l'existence d'une névrite du pneumogastrique et du nerf phrénique. Ces symptômes ont fini à leur tour par s'amender et la guérison semble devoir être complète.

G. Deny.

XXV. Deux cas de névralgie du sciatique et de ses branches d'origine grippale; par le Dr Dubois. (*Journal de Neurologie*, 1900, n° 7.)

L'auteur s'appuie pour affirmer l'origine grippale des deux cas de sciatique qu'il relate dans ce travail sur ce fait que les deux sujets qui en ont été atteints, en même temps que d'autres manifestations grippales, ont été rapidement guéris par le sulfate de quinine.

G. D.

XXVI. Pachyméningite cervicale d'origine syphilitique; par le Dr Sache. (*The Journal of nervous and mental Disease*, mai 1900.)

Individu de trente-huit ans, ayant eu, trois ans auparavant, une attaque d'hémiplégie, dont il guérit rapidement. Il y a sept mois, survint une rigidité complète de la région cervico-dorsale de la colonne vertébrale. De plus, il avait éprouvé une grande douleur irradiant de la région cervico-inférieure dans le bras, et il était

survenu une atrophie très marquée des muscles de la ceinture scapulaire du côté gauche.

On posa le diagnostic de pachyméningite spécifique de la région cervicale. Le cas était intéressant en ce qu'il présentait un exemple très net de syphilis extra-spinale. Les douleurs et l'atrophie avaient été regardées comme des symptômes d'origine radiculaire. Il y avait une histoire très nette d'injection syphilitique datant de cinq ans. Le malade fut traité par l'iodure de potassium à doses croissantes et prit jusqu'à 60 gouttes de solution saturée trois fois par jour. La douleur disparut complètement, et les mouvements de la tête purent se faire très librement.

A. POULARD.

XXVII. **Un cas de poliomyélite antérieure aiguë chez un jeune homme de dix-sept ans**; par WARTON SINKLER. (*The Journal of nervous and mental Disease*, avril 1900.)

Cette observation offre trois points particulièrement intéressants : 1° âge anormal auquel survint la maladie ; 2° tandis que la réaction de dégénérescence existait dans les muscles tibiaux antérieurs de la jambe gauche, on constatait encore l'excitabilité par le courant faradique, et, alors même que les muscles de la jambe droite avaient recouvré presque toute leur force normale, la réaction de dégénérescence existait encore dans le groupe tibial antérieur; 3° il y a actuellement exagération du réflexe rotulien de la jambe droite, tandis que deux mois antérieurement ce réflexe était complètement aboli. A. POULARD.

XXVIII. **Cécité réelle passagère dans l'hystérie**; par George C. HARLAN (de Philadelphie).

Il s'agit d'une malade de vingt-trois ans, hystérique, qui, pendant une dizaine de jours, présenta une cécité *réelle* de l'œil droit. Au bout de ce temps, l'œil recouvra son entière acuité visuelle.

A ce propos, M. Harlan fait les remarques suivantes :

Au point de vue clinique, il est facile de diviser les cas de cécité hystérique en trois classes :

1° Un certain nombre de sujets accusent la cécité dans le but de tromper. Leur action s'explique par le désir de se rendre intéressants, de se donner de l'importance ou par un caprice déréglé. La cécité peut alors être considéré comme une manifestation d'une certaine forme de folie. Les malades sont, dans ce cas, comme ces jeunes filles qui s'astreignent à un jeûne des plus sévères dans le but de faire croire qu'elles vivent sans manger.

2° D'autres semblent sincères et se trompent eux-mêmes comme

ils trompent les autres. Il est possible que, s'ils voient assez bien, inconsciemment ils ne sont pas capables de vision consciente. L'expérience journalière, quand nous faisons du microscope ou de l'ophtalmoscope les deux yeux ouverts, nous montre que, dans certaines conditions, le cerveau peut ne prendre aucune connaissance de ce que l'œil voit, n'avoir aucune conscience des images qui se forment sur une rétine saine, ayant toutes ses connexions nerveuses normales. La perception est en suspens. Quelque chose d'analogue peut survenir dans le cas de cécité hystérique. Pourquoi et comment, personne ne le sait. On peut, si l'on veut, appeler cela cécité « psychique ».

3° Enfin, dans une troisième classe, il faut placer la cécité absolue, réelle, mais transitoire survenant sans cause évidente.

A. Poulard.

XXIX. **Paralysie de Landry ; remarques sur la classification**; par E. W. Taylor et J.-E. Clark. (*Jour. of nerv. and ment. Disease*, avril 1900.)

La paralysie de Landry n'existe pas comme entité morbide. Ni la clinique, ni l'anatomie pathologique, ni l'étiologie ne sauraient établir son individualité.

Au point de vue *clinique*, aucun des symptômes décrits par Landry n'est fondamental.

1° La paralysie flaccide commençant par les extrémités inférieures, sans atteinte aux sphincters, doit, dans une grande mesure, être regardée comme une circonstance fortuite.

On a décrit des cas dans lesquels les membres supérieurs ont été pris les premiers. Leyden a cru devoir distinguer deux formes, bulbaire et névritique, afin d'expliquer la façon souvent variée dont progresse cette affection. Il n'y a donc qu'un certain nombre de cas dans lesquels la paralysie ascendante de Landry soit réellement ascendante.

2° La flaccidité des muscles et l'intégrité des sphincters n'ont certainement aucune importance pour établir l'identité d'un nouveau processus morbide, puisque ces constatations sont faites fréquemment dans les altérations de l'appareil moteur périphérique.

3° Quant aux troubles de la sensibilité, Landry les recherchait, et dans un des cas qu'il rapporte, il y avait des troubles très nets de la sensibilité. C'est nous qui avons, dans une bonne mesure, assumé l'opinion contraire d'après laquelle les troubles de la sensibilité n'existeraient pas en règle générale, et cela parce que dans beaucoup de cas, ils ne constituent pas un symptôme marquant.

4° L'intégrité des muscles, c'est-à-dire l'absence d'atrophie et le défaut de modifications électriques ne sauraient présenter une importance. Ce sont des faits qui tiennent à la marche si souvent

rapide de la maladie. Dans des cas plus lents dans leur évolution, les troubles trophiques et les modifications électriques se sont rencontrées assez souvent pour qu'il soit permis de douter de leur non existence absolue, de nier la possibilité de leur apparition future, même dans ces cas qui se terminent rapidement par la mort.

5° Enfin, dire qu'une maladie est d'ordinaire fatale, ne sert absolument à rien pour éclairer la question. Elle n'est pas toujours fatale, nous le savons, et, le fût-elle, ce seul fait ne saurait lui donner un caractère spécial.

Il est donc évident qu'aucun des symptômes classiques de la paralysie de Landry ne saurait, à la lumière de nos connaissances actuelles, offrir quelque chose de caractéristique. Groupés, ils sont aussi vages, et ne présentent aucune unité fondamentale comme processus individuel.

Les recherches *anatomo-pathologiques* n'ont pas réussi davantage à donner à la maladie de Landry une place à part dans la nosographie.

Tantôt il n'y a pas de lésions, tantôt ce sont des lésions variées (myélite, polynévrite, altération de tout le neurone moteur périphérique) (Mills et Spiller).

Leur siège est également variable ; c'est en général au niveau de la moelle, mais ce peut être également dans le corte et les racines nerveuses (Bailey et Ewing). Pour Meyer, la paralysie de Landry est un syndrôme auquel correspondent des lésions anatomiques qui ne sont pas toujours les mêmes. Il serait très facile de multiplier les exemples de différences existant dans les lésions post-mortem, chez les personnes mortes de ce que nous avons l'habitude d'appeler paralysie de Landry.

Il n'y a, ici non plus, aucune unité, et par suite, aucune relation causale entre ces lésions anatomiques et la symptomatologie admise ne saurait être reconnue.

L'étude de l'*étiologie* ne donne pas plus de lumière. A part la simple affirmation que la maladie de Landry est probablement due à quelque toxémie élective, notre savoir sur l'étiologie n'a pas avancé. L'individualité de la maladie est plutôt atténuée qu'établie par une telle affirmation. La paralysie de Landry rentre alors tout simplement dans la catégorie d'un grand nombre de processus morbides qui attendent des investigations plus complètes avant d'obtenir la dignité d'entités morbides, de maladies définies, dans le même sens que la diphtérie, par exemple, est une maladie définie.

Conclusion. — Etant donnés l'inconstance des symptômes cliniques et des lésions pathologiques, le vague de l'étiologie, il est probable que la paralysie de Landry ne représente pas un processus auquel on puisse appliquer le nom de « maladie », et, dans ce cas,

il vaut mieux abandonner un nom qui est à la fois inutile et trompeur. A. POULARD.

XXX. **Lésion cérébrale par contre-coup**; par les Drs DE BUCK et VAN DER LINDEN. (*Journ. de Neurologie*, 1900, n° 8.)

Le sujet de cette observation est un homme de trente-six ans, qui se fit une plaie contuse, sans enfoncement des os, au niveau de l'occiput en tombant dans une cave. Cet accident fut suivi de perte de connaissance, de vomissements et de délires aigus. La mort survint au bout de douze jours, avec des symptômes de paralysie bulbaire. Les lésions constatées à l'autopsie consistaient dans une fêlure de l'os occipital sans déplacement osseux et dans un épanchement sanguin abondant à la base des lobes frontaux qui étaient le siège d'une plaie contuse. G. D.

XXXI. **Un cas de sclérose en plaques avec fou rire**; par J. CROCQ. (*Journ. de Neurologie*, 1900, n° 8.)

XXXII. **Un cas de sclérose latérale amyotrophique avec phénomènes bulbaires**; par J. CROCQ. (*Journ. de Neurologie*, 1900, n° 8.)

Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans, intoxiquée par le mercure qui a ressenti d'abord un affaiblissement de la motilité des membres supérieurs. Puis surviennent trois ictus apoplectiques suivis, le premier d'une hémiplégie passagère et le dernier de troubles glosso-labio-laryngés. Il existe une atrophie des muscles des mains et des avant-bras. Les réflexes sont exagérés, la sensibilité est normale. En raison de ces derniers phénomènes et des accidents bulbaires, l'auteur croit pouvoir affirmer qu'il ne s'agit dans ce cas ni d'une atrophie musculaire progressive, ni d'une syringomyélie, mais d'une sclérose latérale amyotrophique.

G. D.

XXXIII. **Un cas d'épilepsie jacksonienne guérie par intervention opératoire**, par VAN GEHUCHTEN. (*Journ. de Neurologie*, 1900, n° 9.)

Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans qui a été atteint pendant près de cinq ans de crises d'épilepsie jacksonienne débutant par la main droite et s'étendant ensuite au bras, à l'épaule et à la moitié droite du visage. A ce moment il perdait connaissance, écumait, se mordait la langue et présentait des secousses de tout le corps. A côté de ces grandes crises, il en existait d'autres localisées à la main droite : les unes et les autres se montraient presque toujours la nuit.

Le traitement bromuré n'ayant donné aucun résultat, quatre

couronnes de trépan furent appliquées au niveau du sillon de Rolando et, la dure-mère incisée, on se trouva en présence d'une vaste cavité remplie de liquide. La substance cérébrale était retombée à environ six centimètres de la paroi osseuse.

Le malade présente encore des crises convulsives pendant une dizaine de jours après cette opération, ce qui fut dû à ce que le liquide s'était de nouveau accumulé dans la cavité kystique à la faveur du pansement.

Il n'en a plus eu de nouvelles depuis qu'il a été opéré mais il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que cinq semaines seulement s'étaient écoulées entre ce moment et celui de la publication de son observation [1]. G. D.

XXXIV. **Étude histologique du cerveau dans le sommeil provoqué par la fatigue**; par Mlle Stefanowska. (*Journ. de Neurologie*, 1900, n° 10.)

Chez une souris endormie par suite d'une longue marche, l'écorce du cerveau ne présente pas, d'après Mlle Stefanowska de modifications appréciables à l'aide de la méthode de Golgi. Seuls les noyaux gris de la base et la moelle allongée sont profondément altérés mais uniquement du fait de la décapitation.

Ces résultats sont plutôt en désaccord avec la théorie histologique du sommeil formulée par Mathias-Duval puisque l'état moniliforme n'a pas été observé dans les neurones corticaux d'un animal sacrifié pendant le sommeil naturel. S'il était vrai que le sommeil est dû à la rétraction des neurones, à la rupture des contacts, soit par suite de l'apparition des perles sur les dendrites, soit par la disparition des appendices piriformes, on devrait observer ces modifications chez la souris qui était réellement plongée dans le sommeil naturel. Or il n'en était rien, il n'existait ni rétraction des prolongements cellulaires, ni état perlé, ni disparition des appendices piriformes dans l'écorce. G. D.

XXXV. **Tabes et traumatisme**; par le Dr Leauve. (*Journ. de Neurologie*, 1900, n° 11.)

Le traumatisme peut-il être considéré comme une cause suffisante du développement du tabes ? Bien qu'il rapporte un cas de tabes survenu après une chute de voiture chez un homme de trente-trois ans, qui n'était ni syphilitique, ni alcoolique, l'auteur rejette cette opinion. Il admet cependant que le traumatisme peut faire éclore le tabes chez un sujet prédisposé. Ce point d'étiologie

[1] Espérons que M. van Gehuchten nous fera connaître ultérieurement si la guérison s'est maintenue. (B.)

a une grande importance médico-légale puisque le sujet a le droit de faire valoir que sans le traumatisme il eut été capable de travailler pendant de longues années encore et que c'est l'accident qui en venant agir comme cause occasionnelle a déterminé ou tout au moins hâté l'éclosion de la maladie. G. D.

XXXVI. **Des contractions de l'estomac, des intestins et de la vessie dans les attaques d'épilepsie** ; par V.-P. Ossipow. (*Obozrénie psichiatrii.*)

Voyez le même article en allemand *in Neurologische Centralblatt*, 1898. Déjà analysé. P. Keraval.

XXXVII. **Accès épileptiques et épileptoïdes se manifestant sous la forme d'angoisses** ; par W.-M. Bechterew. (*Obozrenie psichiatrii*, III, 12. 1898.)

Voir le même article en allemand, *in Neurolog. Centralblatt*, 1898. Déjà analysé. P. Keraval.

XXXVIII. **Des modifications de la circulation cérébrale dans l'intoxication alcoolique aiguë** ; par Beinar. (*Obozrenie psichiatrii*, n° 9, 1899.)

Voir l'article de Bechterew sur le même sujet qui, précisément a pour base les expériences de Beinar. (*In Centralblatt f. Nervenheilk.* 1898.) Déjà analysé. P. Keraval.

XXXIX. **Syndrome poliomyélitique succédant à une chute sur le dos** ; par M. le Dr Decroly. (*Journal de Neurologie*, 1900, n° 6.)

Il s'agit d'un enfant qui à la suite d'une chute dans un escalier fut atteint d'une paralysie flasque des quatre membres. Cette paralysie qui fut suivie d'une atrophie rapide rétrocéda au bout d'un certain temps dans certains muscles mais resta définitive au niveau des autres. Réaction de dégénérescence, abolition des réflexes tendineux, conservation des réflexes cutanés. Pas de troubles sensitifs, pas de paralysie des sphincters, aucune modification de l'intelligence.

Rien ne permettant d'affirmer qu'un traumatisme puisse déterminer d'emblée une lésion du groupe externe des cellules, de la corne antérieure, l'auteur croit plutôt que c'est le développement brusque sinon de cette lésion (qui pouvait exister à l'état latent depuis quelque temps) du moins de ses manifestations fonctionnelles qui a été la cause de la chute. G. D.

XL. **Parésie des quatre membres, contractures, exagération des réflexes et phénomène de Babinski à la suite d'une chute sur le dos.** (*Journal de Neurologie*, 1900, n° 6.)

XLI. **Paralysie générale et Syphilis**; par MM. Sérieux et Farnarier. (*Bulletin de la Société mentale de Belgique*, décembre 1900.)

Ce travail se termine par les conclusions suivantes : la syphilis est de beaucoup la cause la plus fréquente de la paralysie générale ; on la trouve certaine ou probable dans près de 80 p. 100 des cas ; elle peut être affirmée avec certitude dans 50 p. 100 des cas. Elle existe comme seul facteur 31 fois p. 100. C'est dire qu'elle est 2 fois plus fréquente que les autres infections (variole et fièvre typhoïde) et l'alcoolisme réunis ; 2 fois et demie plus fréquente que l'hérédité arthritique, 8 fois plus fréquente que le traumatisme cranien, causes qui sont cependant plus faciles à dépister.

L'hérédité névropathique ou vésanique se rencontre environ dans le tiers des cas, mais ce chiffre est sûrement trop faible. L'hérédité paraît être le terrain nécessaire au développement de la paralysie générale. La période qui s'écoule entre l'infection syphilitique et la paralysie générale confirmée est en moyenne de quatorze à quinze ans avec six et trente-deux ans comme chiffres extrêmes.

Quelle que soit la valeur de la syphilis comme cause de paralysie générale, ce facteur étiologique n'est pas unique. La syphilis n'a qu'une action banale, nullement spécifique et il paraît bien démontré que les toxiques les plus divers — poisons chimiques (plomb ou alcool), poisons végétaux (maïs altéré), poisons microbiens (syphilis, variole), peut-être aussi les auto-intoxications, — peuvent donner naissance chez des prédisposés à la méningo-encéphalite. La paralysie générale ne mérite donc plus les dénominations trop exclusives d'affection parasyphilitique ou même parainfectieuse, mais celle plus générale d'affection paratoxique (en considérant les infections comme des intoxications).

XLII. **Un cas d'ophtalmoplégie nucléaire progressive** ; par MM. Ausset et Raviart. (*Presse médicale*, 28 février 1900.)

Les auteurs rapportent, dans ce travail, les constatations anatomopathologiques et histologiques faites par eux à l'autopsie d'une enfant de sept ans, qui avait présenté, de son vivant, les signes d'une ophtalmoplégie nucléaire progressive : paralysie du moteur oculaire commun gauche et parésie du même nerf du côté droit ; névrite optique surtout à droite ; paralysie du facial inférieur droit ; dysarthrie par parésie linguale ; démarche ébrieuse et hémiplégie

droite. L'examen attentif de tous les organes n'a révélé aucune trace de tuberculose. Les méninges elles-mêmes ne présentaient pas de granulations tuberculeuses. Mais il existait dans la calotte des pédoncules cérébraux une tumeur, du volume d'une noix, s'étendant de l'extrémité supérieure de la protubérance annulaire jusqu'à la région sous-optique, empiétant même un peu sur cette région du côté droit. L'étude histologique de cette tumeur a révélé sa nature tuberculeuse. Elle était constituée, en effet, par des amas embryonnaires, entre les cellules desquels on distinguait par places, de nombreuses fibrilles, probablement conjonctives; au milieu de ces amas se trouvaient disséminées des cellules géantes entourées de cellules épithélioïdes et dans lesquelles les auteurs purent colorer quelques bacilles tuberculeux. De petits vaisseaux gorgés de globules sanguins existaient en grand nombre dans toute l'étendue de la tumeur. Les éléments du tissu nerveux n'étaient pas refoulés par la tumeur, mais on les retrouvait, au milieu des masses tuberculeuses, plus ou moins altérés (renflement exagéré des fibres à myéline avec cylindre-axe gonflé en certains points, très aminci en d'autres; cellules globuleuses, gonflées, d'apparence homogène, ou à noyau aplati, refoulé à la périphérie). Les désordres ainsi produits dans la région envahie expliquaient les symptômes qu'avait présentés la malade; c'est ainsi que l'altération des noyaux et la dégénérescence des nerfs de la troisième paire, la dégénérescence des nerfs optiques, la destruction des noyaux rouges et celle des pédoncules cérébelleux supérieurs, dans leur trajet pédonculaire, la lésion enfin du pied du pédoncule cérébral gauche et la destruction des fibres de la calotte, rendent compte des troubles oculaires, de la perte de l'équilibre de l'hémiplégie droite, facial inférieur droit compris et enfin de la paralysie de la langue. A. Fenayrou.

XLIII. La congestion cérébrale devant l'Académie de médecine en 1861; par M. P. Marie. (*Presse médicale*, 3 février 1900.)

L'auteur estime qu'on attribue à la congestion cérébrale, en nosographie, une importance qu'elle est loin d'avoir réellement. Selon lui, la congestion cérébrale, considérée en tant qu'affection autonome, est un de ces faits que personne n'a directement constatés et qu'on accepte d'une façon générale. Déjà, en 1861, dans une communication à l'Académie de médecine, Trousseau avait émis une opinion analogue : il avait soutenu qu'un bon nombre d'états morbides ou de symptômes ordinairement attribués à la congestion cérébrale apoplectiforme relèvent, en réalité, d'affections toutes différentes. « Est-ce à dire, concluait-il, que je nie d'une manière absolue la congestion cérébrale? Non, certes. J'admets la congestion, l'hyperhémie du cerveau; il faudrait être

insensé pour en contester l'existence ; mais je dis que ce qu'on a appelé la congestion cérébrale apoplectiforme est, dans le plus grand nombre des cas, un accident épileptique ou éclamptique, quelquefois une syncope ; je dis que, bien souvent, les simples vertiges épileptiques, que les vertiges liés à un mauvais état de l'estomac ou à des maladies de l'oreille, sont considérés à tort comme des congestions de l'encéphale. » Ces idées furent l'objet de vives discussions auxquelles prirent part, en particulier, Bouillaud, Piorry et Beau. M. Marie reproduit textuellement et commente les principaux passages de la communication de Trousseau ainsi que quelques-uns des arguments soutenus par ses contradicteurs. Il termine en faisant remarquer « la sûreté de coup d'œil avec laquelle Trousseau montre la banalité de la congestion cérébrale et l'impossibilité d'admettre qu'un phénomène aussi banal puisse être la cause efficiente de tous les méfaits qu'on lui impute[1]. »

A. Fenayrou.

XLIV. **Une observation de maladie de Basedow mortelle avec coexistence de myxœdème** ; par M. M. Faure. (*Presse médicale*, 23 septembre 1899.)

Si l'on admet que le goitre exophtalmique est la conséquence de l'hyperfonction du corps thyroïde et que le myxœdème est, au contraire, en rapport constant avec le défaut de sécrétion thyroïdienne, on est amené à considérer comme impossible la coexistence de ces deux maladies. Cependant, un certain nombre d'observations ont été publiées, dans lesquelles est signalée cette coxistence. L'exactitude de ces observations a été contestée, et on a pu soutenir qu'il n'y avait, dans ces cas, entre le goitre exophtalmique et le myxœdème qu'un rapport de succession. M. Faure rapporte l'histoire d'une malade atteinte depuis huit ans de goître exophtalmique, chez qui se sont manifestés des accidents (bouffissure et induration des tissus de la face et du cou; somnolence, hébétude et diminution de l'activité intellectuelle), qu'il rattache au myxœdème. Ces symptômes ont apparu à une période où les signes de goitre exophtalmique s'étaient sensiblement amendés ; ils ont persisté pendant trois ans, et pendant la plus grande partie de ce laps de temps, la maladie de Basedow a continué de s'affirmer d'une façon plus ou moins accentuée, mais incontestable. La mort est survenue par insuffisance cardiaque, onze ans après le début des accidents.

L'auteur fait remarquer que, dans ce cas, la naissance du myxœdème et la terminaison de la maladie de Basedow ont che-

[1] Nous avons publié en 1861, dans la *Médecine contemporaine*, une revue analytique et critique sur cette discussion. (B.)

vauché l'une sur l'autre de manière à coexister pendant deux ans environ. Cette observation ne peut se concilier avec la théorie thyroïdienne du goître exophtalmique et du myxœdème que si l'on admet l'hypothèse que ces deux affections sont la conséquence, non de l'exagération (maladie de Basedow) ou de l'abolition (myxœdème) de la fonction thyroïdienne, mais de deux viciations de cette fonction, différentes et, partant, susceptibles de coexister chez un même sujet ; cette hypothèse n'est, d'ailleurs, en contradiction avec aucun fait. M. Faure n'a trouvé dans le cas de cette malade aucune particularité capable d'appuyer la théorie bulbaire du goître exophtalmique. Il a constaté à l'autopsie que le corps thyroïde exerçait une compression sur le sympathique cervical, compression que rien ne faisait soupçonner pendant la vie ; ce fait semble confirmer la théorie sympathique de la maladie de Basedow, mais, d'après l'auteur, cette théorie est incapable d'expliquer tous les faits observés.

Au reste, il n'est pas actuellement de théorie anatomique et pathogénique qui puisse convenir à tous les cas de maladie de Basedow. Le goitre exophtalmique n'est vraisemblablement pas une maladie, mais un syndrome clinique que des causes, peut-être multiples, peuvent faire apparaître ; ces causes ne sont pas encore bien connues ; on ignore aussi son anatomie pathologique, et l'aveu de cette ignorance est implicitement contenu dans la dénomination de névrose, c'est-à-dire de maladies sans lésions et sans cause, que l'on donne à la maladie de Basedow.

A. Fenayrou.

XLV. **Un cas de tumeur du lobe occipital**; par le Dr Weber. (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1900, n° 3.)

La malade dont l'observation fait l'objet de ce travail était considérée comme une épileptique ordinaire : ses attaques ne se distinguaient en rien de celles des autres épileptiques. A plusieurs reprises elle passa par des états de surexcitation maniaque allant jusqu'à une désorientation complète et mourut en état de mal. A l'autopsie on trouva dans l'hémisphère cérébral droit une tumeur qui s'étendait du pôle occipital jusque vers le milieu de l'hippocampe, occupant le domaine des lobules lingual et fusiforme. L'artère cérébrale postérieure était obstruée par un thrombus. L'examen histologique de cette tumeur a démontré qu'il s'agissait d'une sarcome à petites cellules.

D'après l'auteur, cette tumeur a été la cause unique des crises épileptiques, l'examen d'un grand nombre de circonvolutions cérébrales lui ayant permis de constater leur parfaite intégrité.

G. Deny.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE.

I. **Aliénés méconnus et condamnés**; par les D[rs] VLLENEUVE et CHAGNON. (*Union médicale du Canada*, n° 6, 1899.)

D'une enquête faite par les auteurs dans les asiles et la prison de Québec, il résulte que, pendant une période de dix-sept années, de 1881 à 1897, 1.197 aliénés ont été reçus dans les prisons communes de la province. De ce nombre, 498 seulement n'y ont été reçus que temporairement, en attendant que les procédures instituées pour les placer dans les asiles fussent complétées; ce qui laisse une balance de 699 aliénés, condamnés, soit une moyenne annuelle de 41 aliénés méconnus et condamnés.

Après avoir rapporté brièvement les travaux publiés en France et à l'étranger sur cette question, toute d'actualité, et résumé les observations les plus intéressantes qu'il leur a été donné de rassembler, les auteurs formulent les conclusions suivantes :

1° Il ressort de cette étude que l'appréciation de la folie échappe manifestement à la compétence des magistrats, qui restent forcément étrangers aux connaissances spéciales de la médecine;

2° Les magistrats devraient donc considérer comme un devoir de leur charge, d'ordonner l'expertise médicale des prévenus chez qui les circonstances du crime, l'attitude ou les antécédents peuvent faire soupçonner un état mental défectueux ;

3° Chaque fois que la défense allègue l'irresponsabilité du prévenu, les magistrats devraient ordonner une expertise médicale rigoureuse portant sur tous les éléments de la cause :

4° Les magistrats devraient confier cette mission à des médecins dont les connaissances spéciales et l'expérience donneraient toute garantie de compétence ;

5° Les médecins des prisons devraient examiner tous les prévenus et faire rapport aux magistrats sur ceux dont l'état mental laisse des doutes.

R. C.

II. **Les aliénés devant la loi. Etude médico-légale**; par le D[r] G. VILLENEUVE. (*Union médicale du Canada*, n° 7, 1899.)

La troisième partie de cet ouvrage destiné surtout à éclairer les magistrats et à les mettre en méfiance contre l'interprétation trop absolue du Code en usage au Canada, est un commentaire critique

du Code civil, dans ses rapports avec l'aliénation mentale, particulièrement pour ce qui concerne l'interdiction, les testaments et les contrats. Ce travail doit être lu en entier et ne se prête pas à l'analyse, mais il comporte quelques réflexions qui peuvent en être considérées comme les véritables conclusions.

Après avoir cité les différents articles du Code civil dans lesquels on trouve, comme en France, les termes imprécis : *imbécillité*, *démence*, *fureur*, l'auteur déclare que le législateur devrait définitivement renoncer à faire des classifications, forcément incomplètes, parce qu'elles ne sont pas de sa compétence, et employer le terme générique de *folie* ou *aliénation mentale.*

Après avoir passé en revue les expressions dominantes de la folie, pour faire connaître les principales influences qui agissent sur les déterminations de l'individu et dirigent ses tendances et ses actes, l'auteur s'attache à démontrer combien il est important de connaître l'évolution particulière de chacune des formes pathologiques pour en tirer, au point de vue légal, pour le passé et pour l'avenir, des indications spéciales, susceptibles de justifier les mesures à prendre vis-à-vis de chaque cas particulier. A ce sujet, l'auteur déclare justement ne pas comprendre que la procédure d'une demande d'interdiction puisse se passer de l'intervention d'une expertise médicale. R. CHARON.

III. **L'affaire Sauter. Tentative d'assassinat et intention suggérée de mettre à mort neuf personnes** ; par SCHRENCK-NOTZING. (*Zeitschrift für Hypnotismus*, mars 1899.)

Mme S..., femme d'un boucher, a été traduite au mois de juillet 1899 devant la cour d'assises de Munich : 1° pour tentative d'assassinat n'ayant pas abouti par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. Elle a mis notamment une poudre dans les chaussettes de son mari avec l'intention de l'empoisonner ;

2° Pour avoir engagé de vive voix et par écrit la femme Gauzbouer en lui promettant des récompenses en argent et en objets précieux de mettre à mort son mari, trois de ses enfants et cinq de ses amis.

La femme Sauter a toujours vécu en mauvaise intelligence avec son mari, elle l'a trompé plusieurs fois. Au mois de juillet 1898 elle a rencontré un acteur S..., et est devenue sa maîtresse.

Au commencement de l'année 1899 elle est allée trouver la femme Gauzbouer, tireuse de cartes et somnambule, pour la consulter sur l'avenir. La somnambule lui a déclaré qu'elle prévoyait de nombreuses morts dans sa famille et dans son entourage ; elle lui parla en outre dans des termes vagues des choses de sa vie intime et amena de cette façon Mme S... à lui faire des confidences et à avouer son amour sans bornes pour l'acteur S..., et son

désir de se débarrasser de son mari, La somnambule lui donna alors un paquet de poudre de gentiane et lui fit croire que cette poudre mise dans les chaussettes du mari suffisait pour l'empoisonner.

Mme S... ayant fait ce que la somnambule lui conseillait, et voyant que son mari ne tombait pas malade revint la voir à plusieurs reprises pour lui demander de faire disparaître non seulement son mari, mais tous les obstacles qui l'empêchaient de se donner entièrement à son amant.

Mme S... lui aurait exprimé alors le désir de voir mourir son mari, trois de ses enfants, et cinq amis et elle promettait à la somnambule, en récompense, de l'argent, des bijoux, des robes, etc.

La somnambule la décida même de dresser une liste sur laquelle les noms de ceux qui devaient être tués étaient accompagnés d'un certain nombre de croix et de formules magiques. La somnambule, qui, soit dit en passant, avait à son actif vingt et une condamnations, pour vol, escroquerie, etc., fit venir deux agents de police qui assistaient à la scène de la confection de l'arrêt de mort cachés derrière une cloison. Ils arrêtèrent Mme S... aussitôt après.

A l'instruction, l'attention du juge a été attirée par les bizarreries de cette tentative criminelle.

On ne pouvait s'expliquer notamment pourquoi Mme S... avait choisi trois de ses cinq enfants, et encore moins pourquoi elle avait condamné à mort cinq des amis avec lesquels elle a toujours conservé, comme l'a montré l'enquête, de très bonnes relations et qu'elle a même souvent obligé. On eut des doutes sur l'intégrité de ses facultés mentales et trois médecins : le Dr Vocke, le professeur Messerer et le Dr Schrenk-Notzing furent commis pour l'examiner.

Mme S... est âgée de quarante-cinq ans, elle n'est plus réglée depuis plus d'un an : elle a toujours été maladive, avait des métrorrhagies abondantes qui mettaient souvent sa vie en danger. Tares héréditaires physiques et psychiques. Migraines fréquentes avec vertige, vomissements, sensibilité bien grande, hyperémie cutanée, sensations anormales de chaleur, troubles du sommeil avec hallucinations hypnologiques, aurait eu des hallucinations de la vue à l'état de veille.

Pendant les derniers temps, état de dépression.

Rétrécissement concentrique du champ visuel des deux côtés. Diminution de l'acuité auditive et tactile, sensation de boule.

En somme, malgré l'absence de crises on a droit de conclure qu'on a affaire à un tempérament hystérique, à une déséquilibrée, chez laquelle les réactions ne sont pas normales et la force de résistance psychique très diminuée.

La malade n'ayant pas présenté de troubles délirants proprement dits, on ne pouvait conclure à l'irresponsabilité dans le

sens de la loi. Mais les troubles nerveux que présentait Mme S..., son faible niveau intellectuel, l'absence de sens critique, les circonstances qui ont accompagné les tentatives criminelles, les conciliabules et les visites fréquentes chez la somnambule, enfin la personnalité de cette dernière, les manières d'être et d'agir, tout permettait de dire que Mme S... agissait sous l'influence d'une volonté étrangère. Elle était dans un état de rêve, fascinée par la somnambule, parlant et agissant sur ses indications, et ne se rendant plus exactement compte de la portée de ses actes. Les témoins étaient en effet surpris par le calme avec lequel elle signait l'arrêt de mort de ses enfants et de ses amis. C'est donc un crime par suggestion à l'état de veille. Jusqu'ici on s'est surtout préoccupé des crimes suggérés dans l'état de sommeil hypnotique et cependant il s'agit là surtout de crimes de laboratoire.

Les actes délictueux suggérés à l'état de veille sont bien plus fréquents dans la pratique et méritent d'attirer l'attention des médecins et des juges. Sous ce rapport l'affaire Sauter a une signification toute particulière.

C'est pour la première fois que le jury acquitte un prévenu ayant commis un acte criminel par suggestion à l'état de veille. Ce résultat, ajouterons-nous, est dû, en grande partie, au rapport des experts et surtout à celui du Dr Schrenck-Notzing qui a fait si clairement ressortir le rôle de la suggestion chez un être diminué au point de vue psychique. LWOFF.

IV. **Contribution à l'étude de la valeur clinique et médico-légale de certains délires systématisés**; par K. BONHŒFFER. (*Centralblatt f. Nervenheilk.* XXII, N. F. X, 1899.)

Les conceptions délirantes systématisées sont-elles, en toutes circonstances, un motif d'excuse, au point de vue pénal ? Voici un malade ayant été considéré par tel spécialiste comme atteint de folie systématisée chronique et déclaré irresponsable, et, ultérieurement, par un autre, comme non aliéné. C'est un dégénéré (tare héréditaire, et peut-être aussi rachitisme dans la jeunesse), voleur précoce. En prison, il a été atteint de folie systématisée subaiguë (idées de persécutions et de grandeurs) qui a laissé des idées délirantes *résiduaires*. Il est certain, d'après la pathogénie de ces conceptions délirantes, qu'il s'agit d'idées délirantes, vraiment *paranoïques*, mais l'état mental n'est pas tout à fait le même que celui du délirant systématique chronique progressif. Les idées délirantes actuelles n'ont pas la force associative de ce dernier état. L'individu a une demi-conscience de sa maladie. Leur persistance est due à certaines manières de voir normales propres à certaines couches sociales. C'est ainsi que chez certains alcooliques chroniques on trouve assez souvent des idées de jalousie, certainement

pathologiques, qui cependant ne donnent point naissance à un délire actif de jalousie, sans qu'il y ait non plus affaiblissement mental.

Néanmoins l'accusé est excusable. P. KERAVAL.

V. **Servitude pénale et folie**, par A.-R. DOUGLAS. (*The Journal of Mental science*, avril 1998.)

L'auteur défend par de nombreux arguments les prisons anglaises d'être comme on l'a prétendu des agents provocateurs de la folie.

R. M. C.

VI. **Notes sur un cas propre à ouvrir une discussion sur la rédaction des testaments par les aliénés certifiés tels, et sur les devoirs des médecins en pareil cas**, par W.-B. MORTON. (*The Journal of Mental science,* janvier 1898.)

Il s'agit d'un homme entré en juin 1895 à l'asile où il est mort en juillet 1896; il était âgé de cinquante ans, avec des antécédents de folie dans sa famille et pouvait être considéré comme un cas type de stupeur mentale. Il eut plusieurs intervalles lucides, nettement constatés par le médecin, pendant l'un desquels il demanda à faire, et fit en effet son testament; mais tandis que le notaire le lui relisait il retomba dans son état de stupeur, et ne put pas le signer. Quatre jours plus tard, au cours d'un nouvel intervalle lucide, il fit redemander le notaire et cette fois put apposer sa signature sur le document. Depuis ce moment jusqu'à sa mort, survenue dix jours plus tard, il eut encore plusieurs intervalles lucides, durant l'un desquels il fit un codicille.

Le testament fut contesté, mais un arrangement étant intervenu entre les parties, il n'y eut pas lieu pour le tribunal de rendre un arrêt qui eût été intéressant.

Dans le cas actuel, en présence d'un état de lucidité absolue constaté par quatre médecins, le rôle du médecin était facile, mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi. R. M. C.

VII. **La nouvelle loi sur l'ivresse**, par A. WOOD-RENTON. (*The journal of Mental science,* avril 1899.)

Cette loi a été mise en vigueur le 1er janvier 1899. Elle comprend : 1° des amendements aux deux lois sur l'ivresse de 1879 et de 1888; et 2° de nouvelles mesures concernant l'ivresse criminelle. M. Wood-Renton, qui est avocat, en expose avec détail le mécanisme légal. R. M. C.

VIII. La responsabilité des aliénés ; doit-on les punir ? Réponse au Dr Mercier, par Reginald H. Noott. (*The journal of Mental science*, janvier 1899.)

Jusqu'en 1894 la différence qui existait au sujet de la responsabilité des aliénés entre les magistrats et les médecins consistait en ce que les premiers admettaient que certaines formes et certains degrés de folie entraînaient seuls l'irresponsabilité, tandis que les seconds repoussaient presque tous la folie partielle telle que la concevaient les légistes, et soutenaient, avec raison suivant l'auteur, que toutes les formes et tous les degrés de folie impliquaient l'irresponsabilité. A cette époque et un peu plus tard, une commission spéciale examina cette question, et le Dr Mercier, après avoir conclu que la loi demandait des modifications, et traitant ensuite de la responsabilité criminelle émit l'opinion « que dans beaucoup de cas il est juste et équitable de punir un aliéné pour la mauvaise action qu'il a commise ». C'est la théorie de la responsabilité partielle.

Pourquoi le Dr Mercier admet-il cette théorie ? C'est à cause du système, adopté dans les asiles, de donner, dans l'intérêt du bon ordre de la maison, et dans l'intérêt des malades eux-mêmes, quelques douceurs (tabac, argent de poche, etc.) aux aliénés qui se conduisent bien, ou bien de priver de ces même douceurs quand ils se conduisent mal. Or, l'auteur soutient énergiquement que ce ne sont là, à proprement parler, ni des récompenses ni des punitions. Ce sont des moyens à l'aide desquels on essaye d'assurer les malades à exercer sur eux-mêmes autant de pouvoir que la maladie leur en laisse, dans le but d'exercer et de développer ce pouvoir dans les cas curables et de contribuer ainsi à rétablir un équilibre mental qui permette à ces aliénés de guérir et de reprendre leur place dans la société ; et s'il s'agit de cas chroniques et incurables, c'est un moyen de maintenir l'ordre dans la maison, dans la mesure du possible. Mais il y a un grand nombre de malades qui sont absolument inaccessibles à ce moyen d'action, et vis-à-vis desquels il faut prendre des mesures d'un autre genre ; mais jamais ces mesures n'ont le caractère d'une punition véritable, comme celles qu'inflige la sentence du juge, et cela même condamne l'argumentation du docteur Mercier. Ce serait d'ailleurs une notion bien dangereuse à introduire dans l'esprit des serviteurs et des gardiens d'asile que celle du droit de punir les aliénés et elle ne manquerait pas d'avoir de fâcheuses conséquences.

Nous avons dû abréger considérablement les développements que l'auteur a donnés à la thèse qu'il soutient, et à l'aide desquels il espère avoir démontré le danger qu'il y a à admettre la responsabilité partielle des aliénés ; il termine en citant un fait très démonstratif, et emprunté à un magistrat anglais, l'un de ceux

qui ont le plus étudié cette question : on va voir quelle contradiction il implique : Une femme, raconte ce magistrat, est prise d'une impulsion violente qui l'emporte à tuer avec un couteau l'enfant qu'elle allaite : elle jette le couteau, se précipite hors de la chambre et appelle quelqu'un parce que, dit-elle, elle a de mauvaises pensées : au milieu de la nuit elle se réveille avec la même impulsion ; sous l'influence d'un traitement approprié elle se calme ; néanmoins le fait se reproduit encore une fois ; elle résiste encore, et finalement n'est plus tourmentée jamais par cette impulsion. Et le magistrat ajoute : « Que l'impulsion ait été délirante, on ne peut guère le mettre en doute ; mais délirante ou non, il est évident qu'elle n'était pas irrésistible puisque cette femme, en fait, a résisté victorieusement, et sûrement c'était son devoir légal de résister. » Ceci nous amène à conclure que si elle avait été incapable de résister et si elle avait tué son enfant, Sir James Stephen l'aurait considérée comme responsable et l'aurait punie pour ce meurtre, et pourtant il dit lui-même : « que l'impulsion ait été délirante, on ne peut guère le mettre en doute. »

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

Tentative de suicide. — Le sieur Glace, soixante-dix-sept ans, à Villy, près Falaise, dont le cerveau était dérangé depuis quelques mois, s'est tiré trois coups de revolver. Deux projectiles seulement ont pu être extraits. Cependant l'état du blessé est assez satisfaisant. (*Bonhomme Normand*, 23 août.)

— Le nommé François Jauréguibert, âgé de quarante-sept ans, propriétaire à Alos, près de Tardets, dans les Basses Pyrénées, atteint depuis quelque temps d'aliénation mentale, a été trouvé pendu hier dans son domicile. (*Petit Parisien* du 23 août.)

Suicide. — Dans la nuit du 21 au 22 de ce mois, le nommé Jean-Baptiste, journalier, âgé de soixante ans, s'est volontairement donné la mort en se jetant dans une mare, au village de Nogues, commune de Boisredon, canton de Mirambeau.

Depuis un mois environ, Jean-Baptiste travaillait au service de M. André Chaintrier, propriétaire au lieu des Noguez, et donnait des signes d'aliénation mentale. M. le docteur Cadenaule, de Saint-Ciers-Lalande, appelé aux fins de constatations légales, a déclaré que le suicide de Jean-Baptiste était dû, en effet, à l'alcoolisme et à la folie. (*La Petite Gironde*, 25 août.)

Pour une illuminée. — A Algaida d'après une dépêche de Murcie en date du 28 août, la foule se pressait autour d'une femme illuminée, sortie naguère d'une maison de santé, pour entendre ses prédictions. La police tenta d'empêcher ces réunions, mais une collision se produisit au cours de laquelle le frère de cette femme fut tué et son père blessé. D'autre part, quatre agents ont reçu des blessures graves. (*Le Petit Var*, 29 août 1900.)

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE.

(2-9 *août* 1900.)

Section de psychiatrie.

En 1889, le *Congrès international de médecine mentale* était autonome. Cette année il a été constitué en une section spéciale du Congrès international de médecine. Il a été aussi organisé une *section pour la neurologie*. Par un défaut d'organisation regrettable, la section de psychiâtrie tenait ses séances à l'Ecole de pharmacie, tandis que la section de neurologie tenait les siennes à la Sorbonne. Rien n'était plus facile que de faire siéger les deux sections dans le même endroit, ce qui aurait facilité les relations entre les membres des deux sections et leur aurait rendu plus commode l'audition des communications qui les intéressent.

Séance du 3 *août* 1900. — Présidence de M. Magnan.

La séance est ouverte à 9 h. 1/2. Le bureau est ainsi composé : *Président*, M. V. Magnan; *Vice-Présidents*, MM. Joffroy, Ballet, Pierret, Cullerre; *Secrétaire général*, M. Ritti.

Le bureau étant constitué, M. Magnan prononce le discours suivant :

Messieurs,

A l'ouverture de nos travaux, j'ai un pieux et douloureux devoir à remplir, celui d'exprimer nos profonds regrets à la mémoire d'un de nos rapporteurs les plus éminents, le professeur Korsakoff (de Moscou), qui a été ravi à l'affection des siens, de ses amis, de ses élèves, de ses malades, au moment même où il mettait la dernière main au rapport sur la *clinothérapie*, dont il avait, malgré sa santé chancelante, bien voulu se charger. Il est mort sur la brèche, dans tout l'éclat et la vigueur de sa vaste intelligence, en laissant le souvenir non seulement d'un savant incontesté, mais d'un philanthrope modeste et discret dont l'influence bienfaisante peut se mesurer aujourd'hui par le vide immense que sa mort vient de révéler.

Ce deuil n'est malheureusement pas le seul, nous avons encore à regretter la mort d'un de nos collaborateurs les plus aimés et les plus distingués, le Dr Bouchereau, membre du Comité d'organisation, à la mémoire duquel des témoignages émus d'estime et d'affection ont déjà été rendus.

Le Congrès de 1900 semble devoir marquer une date importante dans l'histoire de la psychiatrie. Les aliénistes de tous les pays, non seulement suivent avec attention et se mêlent pour la plupart au grand mouvement qui a déjà fait tant progresser la médecine générale et les sciences biologiques, mais encore, de tous les côtés, un vigoureux effort se dessine pour assurer le traitement de la folie et la réalisation pratique des divers modes d'assistance des aliénés. Nous sommes loin des spéculations métaphysiques des psychologues confinés dans la pure observation intérieure, de bonne heure la plupart des aliénistes se sont attachés à l'observation directe des faits et, si au début, frappés par certains phénomènes prédominants, ils ont accordé à un symptôme la valeur d'une entité morbide, en créant les monomanies, bientôt la détermination de la paralysie générale et l'appréciation plus exacte des différentes manifestations morbides ont marqué un notable progrès. Cette méthode clinique donne à chaque phénomène le rang qui lui revient, non seulement d'après sa forme, sa couleur, son contenu, mais surtout d'après son évolution. Elle ne décrit plus comme espèces distinctes les diverses phases d'une maladie, mais elle essaye d'embrasser tout son ensemble, de reconstituer son passé et de prévoir son avenir, elle rétablit la filiation successive des phénomènes depuis la cause jusqu'à la terminaison, si bien que le diagnostic implique nécessairement le pronostic.

D'autre part, l'anatomie pathologique, l'examen plus approfondi des organes, les progrès de l'histologie par les nouvelles techniques, l'expérimentation physiologique confirmant et éclairant la clinique, ont fait faire un grand pas à l'étude des localisations cérébrales et cette étude fertile en résultats intéressants et pratiques, a permis de rattacher les modifications mentales à l'activité de certains centres déterminés.

De plus, l'application de moyens plus rigoureux d'expérimentation, tels que la méthode psycho-physique, a fait pénétrer plus profondément dans la connaissance de certains phénomènes primordiaux, les sensations par exemple, qu'il s'agisse du sens musculaire, de la vue, du goût, de l'odorat, du toucher. Les résidus de ces sensations sont devenus des images qui ne flottent plus dans le vague mais se localisent, formant des types assez nettement définis pour être désignés du nom de *visuels*, *auditifs*, *moteurs*. Tous ces matériaux accumulés sont mis à profit par les psycho-physiologistes, qui abandonnant l'introspection des psychologues ont adopté la méthode objective et agrandi le champ d'observation.

C'est par l'étude des faits normaux et pathologiques, par l'étude de l'enfant et des aliénés qu'ils sont parvenus à suivre le développement, la marche évolutive des facultés intellectuelles, et puis, leur marche régressive, les conditions dans lesquelles ces facultés s'abolissent et se dissolvent. Les belles recherches de M. Th. Ribot

sur la mémoire, la volonté, la personnalité, l'attention prouvent combien sont fécondes ces sources d'investigation, et quelle vive lumière elles ont jeté sur des côtés cliniques restés jusqu'ici obscurs.



M. le Pr MAGNAN,
Président de la section de Psychiatrie.

Ce n'est pas tout, le grand mouvement scientifique provoque par les admirables découvertes de Pasteur, les travaux de M. Bouchard sur la nutrition, ceux de M. Gautier sur les actes biologiques et les échanges chimiques, dont est le siège la cellule vivante, les recherches sur la constitution des liquides de l'économie à l'état de santé et de maladie, ces travaux ont déjà donné des résultats appréciables, ouvert des horizons plus vastes. Ces doctrines nouvelles de l'infection, de l'auto-intoxication ont fait naître les psychoses infectieuses avec les microbes et les toxines, les psychoses viscérales avec les auto-intoxications dues aux lésions des organes, et enfin les psychoses diathésiques dans lesquelles les infections et

les auto-intoxications peuvent simultanément intervenir, et, dans un magnifique élan vers un idéal pathogénique, on voudrait arriver à la détermination de la formule chimique propre aux différents états morbides!

Il ne nous déplaît pas de constater ces grandes envolées, quel que soit l'essort de notre imagination, la clinique immuable, rebelle aux hypothèses, fournit chaque jour l'enseignement qui empêche de s'égarer et ramène vers la réalité des faits. Les agents infectieux, microbes et toxines, les poisons de l'économie dépendant d'une élaboration nutritive incomplète peuvent, sans doute, provoquer certains troubles psychiques, de la confusion, de l'obtusion mentale, des amnésies de nature diverse suivant le siège et l'étendue des régions intéressées, mais ces produits sont incapables par eux-mêmes d'engendrer une psychose pure, un délire systématisé, une manie, une mélancolie, une impulsion, une obsession, ces stigmates si caractéristiques de la dégénérescence. Il en est de la folie comme des autres affections. Est-ce qu'un psoriasis, un eczéma pourraient être provoqués par une irritation cutanée quelle qu'en fût l'intensité, si le sujet ne portait pas déjà en lui l'aptitude à produire ces dermatoses ? Il faut pour le développement d'une psychose, d'un délire systématisé, tout d'abord un terrain préparé, une prédisposition, et alors, seulement, la cause morbifique, agissant sur un cerveau en état de moindre résistance, peut faire éclore la folie ; sans cela, on ne s'expliquerait pas pourquoi parmi tant d'urémiques, tant de tuberculeux, de cancéreux, de syphilitiques, etc., un si petit nombre est touché par la folie.

Du reste, en lisant les observations de psychoses attribuées aux diathèses, aux maladies viscérales, aux infections, on est surpris du polymorphisme symptomatique dont elles s'accompagnent, et l'on comprend l'hésitation à attribuer à une même cause toxique des troubles si variés ; c'est qu'à côté du poison, il y a le sujet avec ses qualités personnelles, ses différents degrés de prédisposition. On se rend bien compte de ce qui se passe en se reportant à une intoxication que l'on a malheureusement trop souvent l'occasion d'observer, l'alcoolisme.

Dans les cas simples que voyons-nous ? Un délire, toujours le même, fait tout entier d'hallucinations pénibles, multiples, mobiles, professionnelles ou rappelant les événements d'un jour. Ce délire a une évolution constante; il se manifeste d'abord la nuit, puis la nuit et le jour; les hallucinations disparaissent promptement le jour, se maintiennent encore quelques nuits et cessent complètement en moins d'une semaine s'il ne survient pas une cause nouvelle d'excitation. Le délire passe comme un rêve qui ne résiste pas aux réalités du réveil. Mais si tel est l'accès alcoolique chez un sujet indemne de toute tare héréditaire, que de variétés présentent les alcoolisés prédisposés ou dégénérés! Le plus souvent, le délire

pendant deux ou trois jours ne diffère pas de l'accès hallucinatoire simple, mais une fois la bouffée délirante passée, les alcoolisés prédisposés redeviennent eux-mêmes, c'est-à-dire des sujets avec des degrés variables de prédisposition et par suite, les troubles psychiques qui survivent à l'accès peuvent affecter toutes les formes cliniques depuis la manie et la mélancolie, depuis les délires polymorphes les plus touffus jusqu'aux délires les plus étroitement systématisés, ambitieux, mystiques, de persécution, etc. L'alcool n'a pas enfanté ces derniers délires mais il a agi comme cause excitante.

Toutes ces recherches ont l'avantage d'attirer l'attention sur les troubles somatiques dont s'accompagne la folie, troubles autrefois, sans doute, un peu trop négligés et cette nouvelle tendance, pleinement justifiée d'ailleurs, a provoqué des applications thérapeutiques nombreuses. Non seulement on a puisé plus largement dans la matière médicale, mais on a donné plus d'extension à certains modes de traitement, à l'opothérapie, à l'électrothérapie, à la méthode hypodermique et même à l'intervention chirurgicale ! Il va sans dire que nous sommes encore là à une période de tâtonnements qui n'est pas sans soulever de nombreuses réserves.

Mais le terrain sur lequel les psychiatres sont d'accord et tendent aujourd'hui à se rencontrer, c'est la nécessité par la large application de divers modes d'assistance, d'assurer une meilleure hygiène et une protection plus efficace aux aliénés, tout en leur laissant une plus grande liberté.

Pendant longtemps l'asile, considéré comme le seul instrument de traitement de la folie, recueillait pêle-mêle tous les aliénés ; peu à peu et après bien des essais, pour répondre aux diverses indications on en était arrivé à une division de l'établissement par quartiers : les cellules, les demi-agités, les tranquilles, les faibles ou gâteux et l'infirmerie. Des ateliers, des services généraux et quelquefois des terrains de culture complétaient cette installation, mais le soir, toute la population de l'asile devait regagner ses quartiers enclos de murs, de sauts de loup, de portes avec serrures spéciales.

Tel est, sauf de très rares exceptions, le mode d'assistance généralement adopté. Une appréciation plus nette de l'état et des besoins des aliénés, l'encombrement des asiles, les exigences budgétaires ont provoqué depuis quelques années un mouvement d'opinion qui ne tend pas sans doute à la destruction de ce vieil organisme mais à son rajeunissement et à sa transformation, en même temps qu'il lui enlève, pour la placer dans des conditions mieux appropriées, une grande partie de sa population actuelle.

De l'avis presque unanime un premier groupe de malades, les déments séniles, les déments organiques, les chroniques inoffensifs, principale cause de l'encombrement doivent être distraits de l'asile et placés dans un milieu mieux approprié à leur état.

Pour eux différents modes d'assistance sont préconisés: *l'assistance au domicile même du malade*, *l'hospice-asile*, *la colonisation familiale*. L'assistance au domicile du malade, serait évidemment la plus simple mais elle réclame des conditions spéciales réalisables dans un petit nombre de cas seulement.

L'hospice asile, largement ouvert, plus économique, conviendrait au groupe de déments dont la santé physique, le gâtisme réclament des soins particuliers plus efficacement donnés par un personnel expérimenté.

La colonisation familiale répond au plus grand nombre, elle est, vous le savez, comprise de deux façons : les aliénés sont dispersés sur une étendue plus ou moins vaste du territoire, dans des localités éloignées ou au contraire réunies dans la même agglomération. Le premier système pratiqué avec succès un Écosse, constitue la *private dwelling system* si bien installé par l'ancien et distingué *Commissioner in lunacy* sir John Sibbald. Le second, organisé en Belgique à Gheel et à Lierneux et depuis quelques années en France à Dun-sur-Auron (Cher) et bientôt à Ainay-le-Château (Allier), groupe les aliénés dans la même localité et les place ainsi sous la direction immédiate du médecin.

Un hôpital-asile permet à Gheel de recevoir toutes les catégories de malade et facilite de bonne heure pour le convalescent son passage à la vie libre, chez le nourricier. Dun-sur-Auron, muni d'une infirmerie et à proximité de l'asile de Beauregard, reçoit en dehors des déments quelques chroniques hallucinés et quelques délirants systématisés que l'on place momentanément à l'infirmerie ou à l'asile quand viennent à se produire des maladies incidentes ou quelque phase d'excitation.

Un second et un troisième groupe de malades que l'on tend à détacher de l'asile ou à placer dans des quartiers spéciaux sont fournis par les épileptiques et les alcoolisés. Pour les premiers, en raison de leurs attaques, on songe plus volontiers aux colonisations agricoles avec villas ou bâtiments séparés et à une infirmerie pour les périodes de crises et les affections incidentes.

Pour les seconds, les alcoolisés, l'absence d'une législation spéciale dans beaucoup de pays, laisse le champ ouvert à la discussion et retarde l'accomplissement des réformes nécessaires. Cette question d'ailleurs comporte des solutions diverses suivant qu'on envisage les buveurs d'habitude, les alcoolisés délirants et les aliénés ou nerveux avec appoint alcoolique. Quelques promoteurs impatients veulent d'emblée tout régler, législation et assistance, les autres peut-être plus pratiques demandent à mettre à profit les bonnes dispositions des administration pour une hospitalisation plus conforme aux besoins des alcoolisés dont le délire force la porte des asiles.

Quoi qu'il en soit, l'initiative privée a créé, non sans succès, en

Suisse, aux Etats-Unis, en Allemagne, en Angleterre, des maisons de retraite et de travail pour les buveurs d'habitude et l'on tend, partout ailleurs, à l'installation de quartiers spéciaux en attendant une organisation plus complète et plus efficace qui pourra mettre à profit le concours de toutes les bonnes volontés.

Les idiots et les imbéciles ne doivent pas non plus être maintenus à l'asile, il est préférable pour eux d'être réunis dans un même centre pour y recevoir les soins hygiéniques et le traitement médico-pédagogique dont ils ont besoin. Là encore, l'infirmerie devra se trouver à côté de l'école et de l'atelier. Ce mode d'assistance est déjà réalisé dans beaucoup de pays, et Bicêtre sous l'active initiative de M. Bourneville, nous en présente un très beau spécimen.

Enfin, un dernier groupe que l'on tend de plus en plus à éloigner de l'asile comprend certains aliénés dits criminels, non point le paralytique général ou le sujet nettement aliéné qui a commis un crime ou un délit, mais le dégénéré fou moral pour lequel on hésite parfois aujourd'hui entre la prison et l'asile; sa présence parmi les aliénés ordinaires est presque toujours une cause de trouble, et il ne semble guère possible de différer plus longtemps l'installation d'un établissement spécial dans le genre de Broadmoor, avec une réglementation et même une législation particulières.

Après l'élimination de ces différents groupes de pensionnaires, l'asile resterait avec sa véritable population d'aliénés, les uns aigus, qui dans beaucoup d'établissements sont aujourd'hui déjà soumis au *traitement par le repos au lit*, grave et importante question d'alitement indissolublement liée au *no-restraint* dont il n'est, en quelque sorte, que la conséquence et la suite, mais que je me garderai de déflorer puisqu'elle figure à notre ordre du jour, et pour la solution de laquelle le Comité d'organisation a voulu faire appel aux lumières du Congrès.

Quoi qu'il en soit, ces malades aigus, alités, hospitalisés, au bout d'un temps plus ou moins long, donnent des convalescents en voie de guérison ou des malades plus tranquilles mais encore délirants. Les premiers, en bonne voie de guérison, dans quelques établissements, Altz-Scherbitz, par exemple, quittent le quartier d'alitement, l'hôpital, pour se rendre à une partie annexe, sorte de colonie, où ils s'essaient à la liberté en travaillant *toutes portes ouvertes*. Les seconds, plus tranquilles, mais non guéris, quittent aussi l'hôpital mais doivent rester l'objet d'une certaine surveillance et ne peuvent pour la plupart, que très tardivement et après une longue observation, bénéficier du régime de colonisation. Ces malades sont en général des délirants systématisés qui désignent leurs ennemis imaginaires, des persécutés-persécuteurs, des dégénérés obsédés et impulsifs.

Il semblerait donc aujourd'hui que l'asile réduit à ses éléments essentiels devrait comprendre l'hôpital pour les cas aigus, les quartiers de surveillance pour les aliénés tranquilles mais dangereux, la colonie à portes ouvertes pour les convalescents.

Vous voyez, Messieurs, quels vastes sujets d'étude s'offrent devant nous, aussi bien au point de vue scientifique qu'au point de vue de la pratique et des divers modes d'assistance des aliénés; jamais à aucune époque peut-être, des problèmes aussi importants et aussi nombreux ne s'étaient posés à l'esprit du psychiatre; notre Congrès jettera, j'en suis convaincu, de vives lumières sur quelques-uns, il ne les résoudra pas tous, mais il est permis d'avoir confiance en l'avenir ; ne sommes-nous pas tous unis dans une même pensée, ardente et généreuse, faire tous nos efforts pour l'amélioration du sort des malheureux en proie à la plus cruelle des infortunes, la perte de la raison ?

Quatre questions étaient à l'ordre du jour : 1° Les *psychoses de la puberté.* Rapporteurs : MM. Marro, J. Voisin, Ziehen et Cullerre ; 2° L'*alitement dans la folie.* Rapporteurs : MM. Neisser, Korsakoff et Morel ; 3° L'*anatomie pathologique de l'idiotie.* — Rapporteurs : MM. Shuttleworth, F. Beach, Mierzejewski et Bourneville ; 4° Les *Perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal.* Rapporteurs : K. Ebing, Morselli, P. Garnier.

Les psychoses de la puberté.

M. le Pr Ziehen (d'Iéna, Allemagne). — En se basant sur à peu près quatre cents cas de maladies mentales, dont les premiers symptômes remontent à la puberté c'est-à-dire l'âge de treize ans jusqu'à environ vingt et un ans, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° La morbidité mentale offre un de ses maximums à l'âge de la puberté. La tare héréditaire détermine pour la puberté une morbidité un peu plus grande. A part la tare héréditaire, ce sont surtout l'anémie, le surmenage corporel et intellectuel, les maladies infectieuses aiguës et les excès sexuels, qui jouent un rôle important dans l'étiologie des psychoses de la puberté;

2° Presque toutes les psychoses connues se rencontrent aussi dans la puberté. Une influence spéciale de la puberté se montre seulement en ce que certaines psychoses prévalent beaucoup et en ce que souvent — point du tout toujours — les psychoses subissent certaines modifications spéciales des symptômes et de la marche de la maladie. C'est donc par erreur que quelques auteurs ont parlé d'une psychose de puberté spéciale, qui devrait comprendre la majorité des cas de maladie mentale dans la puberté. La seule psychose de la puberté, qui appartient presque exclusi-

vement à la puberté, la démence hébéphrénique ou hébéphrénie de Kahlbaum, ne fournit qu'un relativement petit nombre de cas au gros des psychoses de la puberté ;

3° Les psychoses, qui prévalent dans la puberté, sont à part l'hébéphrénie les suivantes : la folie circulaire, la manie, la mélancolie, la paranoia hallucinatoire aiguë (amentia de quelques auteurs) et les folies hystérique et épileptique ;

4° Les modifications les plus importantes, que la puberté produit, sont les suivantes : une débilité exagérée des troubles affectifs (« dissociation affective »), une « discrépance » entre ces troubles et les réactions mimiques (« paramimie hébéphrénique »), une certaine incohérence non seulement des idées délirantes mais aussi des pensées normales, d'autre part une tendance à des stéréotypies mimiques, verbales, etc., le caractère illogique, trivial et fantastique des idées délirantes et enfin la tendance ou à une marche circulaire ou à une démence progressive. Toutes ces modifications se rencontrent dans quelques psychoses de la puberté plus souvent que d'autres ;

5° Le pronostic des psychoses de la puberté est, en général, à cause des modifications indiquées plus haut, pire que le pronostic des spychoses post-pubiques ;

6° Le traitement des psychoses de la puberté ne diffère en général point du traitement des psychoses post-pubiques. Seulement, un alitement n'est admissible que pour les cas où il y a une exacerbation prononcée.

Conclusions de M. Marro, second rapporteur :

1° La puberté exerce une influence notable sur la vie psychique, qui se manifeste soit en donnant aux troubles mentaux préexistants des caractères qu'ils n'avaient pas auparavant, ou qu'ils avaient à un moindre degré. soit en ouvrant la voie à l'invasion des psychoses;

2° Parmi les psychoses qui viennent atteindre les garçons et les filles à l'époque pubère, il y en a une particulière, l'hébéphrénie, de Hecker, qu'on peut regarder comme spécifique, et dont la spécificité vient d'être déterminée de la réunion de plusieurs caractères qu'elle partage avec d'autres psychoses, mais qui en elle seule se trouvent réunis;

3° Les manifestations morbides de cette forme particulière de psychose, et les altérations constatées dans les examens nécroscopiques, démontrent que l'écorce cérébrale et les méninges sont le siège d'un processus morbide anatomique. Les symptômes d'invasion tendent à prouver qu'on peut avec une certaine probabilité en faire dériver la source d'un processus d'auto-intoxication par des troubles des voies gastriques;

4° De l'époque pubère et de l'exercice précoce et anormal de

l'activité génératrice prennent sources d'autres manifestations morbides, dont l'influence imprime un cachet particulier au caractère de l'individu, de nature permanente, quoique l'âge et la vie dans des conditions favorables puissent en effacer l'évidence;

5° La prophylaxie des troubles mentaux exige que l'on prête la plus grande attention à éviter toutes les causes d'affaiblissement qui peuvent troubler le développement de l'organisme physique et mental dans cette époque si importante de la vie, telles que, excès de fatigue soit physique, soit intellectuelle, et avant tout le précoce et anormal exercice de l'activité sexuelle.

Voici maintenant les conclusions du rapport de M. J. Voisin :

1° On doit entendre par psychoses de la puberté les affections mentales qui se développent dans la période de la puberté, c'est-à-dire entre 14 et 22 ans. Cette période est caractérisée par la maturité sexuelle et le développement physique et intellectuel de l'individu;

2° Toutes les variétés de psychoses peuvent se montrer à cette époque : l'hébéphrénie comme entité morbide n'existe pas. On doit réserver le nom d'hébéphrénie aux cas de démence. Les psychoses qui se développent au début de l'évolution pubérale sont moins graves que celles qui se développent dans le cours ou à la fin de la puberté. Les premières peuvent être appelées psychoses de la puberté, tandis que les autres seraient les psychoses de l'adolescence;

3° La prédisposition héréditaire est la cause prédominante de ces affections ; c'est l'association du développement intellectuel incomplet de l'individu avec l'hérédité qui donne à la maladie son cachet dit hébéphrénique;

4° Les psychoses pures, ou plutôt celles qui se rapprochent le plus des formes pures, présentent des tableaux atypiques, des formes mixtes qui guérissent dans plus de la moitié des cas;

5° La mélancolie apparaît le plus souvent sous la forme grave de la stupeur, s'accompagnant d'actes impulsifs, d'obsessions et d'hallucinations impératives dirigées contre la vie du malade et de son entourage. On signale en même temps très souvent le mysticisme et l'onanisme;

6° La manie se présente rarement sous la forme bénigne , elle revêt le plus souvent le caractère de la moria et présente aussi beaucoup d'éléments impulsifs;

7° La démence précoce (hébéphrénie) décrite par Kahlbaum et Hecker, se présente sous deux formes : une grave et une légère. La forme grave peut offrir les symptômes de la stupeur, de la démence, de la catatonie, de la confusion mentale... C'est ce qui en rend le diagnostic difficile. La forme légère ou démence précoce simple (stigmate de dégénérescence mentale, Morel) doit être

distinguée de la paralysie générale progressive et de la démence épileptique spasmodique;

8° La confusion mentale présente un délire de rêve ou délire onirique, qui a beaucoup d'analogie avec le délire alcoolique. Ce délire onirique est la caractéristique des psychoses d'auto-intoxication, et il est presque sûr que les troubles de la nutrition de l'adolescence sont les causes de ce délire;

La guérison arrive dans la moitié des cas; elle est annoncée généralement par des crises, sueurs, diarrhées, salivation, menstrues, abcès, furoncles, etc., et l'on constate presque toujours de l'amnésie rétro-antérograde, comme dans les cas de psychoses polynévritiques;

9° La paralysie générale progressive juvénile se distance de la paralysie générale progressive de l'adulte par l'absence d'idées de grandeurs et de délire ambitieux et par sa marche plus lente. Un grand nombre d'auteurs lui assignent comme étiologie la syphilis héréditaire;

10° Les psychoses dégénératrices et les neuro-psychoses sont les plus fréquentes; elles reparaissent généralement à l'âge adulte;

11° La médecine légale des psychoses de la puberté est soumise aux règles ordinaires de la médecine légale des aliénés; mais les cas relatifs à la capacité civile sont écartés, puisque la loi française ne reconnaît pas la capacité civile avant vingt et un ans. Il n'y a qu'à considérer les cas concernant la responsabilité criminelle, qui est fixée à seize ans.

M. Régis (Bordeaux) insiste sur le rôle prépondérant de l'auto-intoxication dans la genèse d'un grand nombre de cas de *folie de la puberté*.

M. Mabille (Le Rochelle) a observé chez des pubères des psychoses diverses, sans qu'on puisse affirmer qu'il existe une folie de la puberté à physionomie clinique spéciale.

M. Tokarski (Moscou) pense que les rapporteurs du Congrès n'ont pas suffisamment insisté sur certains signes psychiques de l'hébéphrénie : les attitudes théâtrales, les déclamations pathétiques, etc...

M. Trenel (Rouen) insiste sur la difficulté du diagnostic de la *démence précoce* à laquelle aboutit généralement *l'hébéphrénie*. (Il y a des réserves à faire sur ce point.)

M. Bededikt (Vienne) signale l'importance des abus génésiques (platoniques ou matériels) dans la production des troubles psychiques de la puberté.

M. Gilbert Ballet (Paris) distingue les psychoses se produisant *pendant la puberté des psychoses de la puberté*. Les premières sont banales. Les autres semblent avoir une physionomie clinique se

rapprochant de celle qui a été décrite par Kalbaum. Quant à la pathogénie, il faut la chercher dans les antécédents héréditaires et persounels du sujet. Au terme de : folie pubérale, l'orateur préfère celui de « folie de l'adolescence ». (C'est sous ce titre que nous avons publié récemment une observation intéressante dans les *Archives de Neurologie*. Nous avons revu la jeune fille il y a quelques jours, la guérison se maintient.)

Pronostic éloigné des psychoses de la puberté.

M. le Dr A. Cullerre (La Roche-sur-Yon) a réuni 120 observations de psychoses de la puberté chez des sujets de quinze à dix-huit ans (53 garçons, 57 filles), qui peuvent se classer au point de vue de l'évolution, en six groupes :

1° Morts dans le cours du premier accès, 3 cas ; 2° Démences précoces, 33 cas. La démence précoce s'est produite chez 18, dès le premier accès ; chez 9, dès le second ; chez 2 à la suite du troisième. Dans 4 cas, l'accès a dégénéré en folie systématisée secondaire avec affaiblissement mental ; 3° Folies périodiques, 20 cas. Toutes les formes y sont représentées ; 4° Récidives à échéances variables, 25 cas. Ces récidives sont le plus souvent bénignes et espacées. C'est le groupe le plus favorable au point de vue du pronostic éloigné ; 5° Folies avec conscience (obsessions et impulsions) 9 cas. La folie avec conscience dure en général la vie entière ; 6° Malades perdus de vue après le premier accès, 30 cas. L'aspect clinique du premier cas observé permet de les confondre, au point de vue du pronostic éloigné avec les sujets des groupes précédents.

En résumé, les faits précédents tendent à établir que : si le pronostic de l'accès dans la folie de la puberté, est favorable dans l'énorme proportion de 79 p. 100, le pronostic éloigné de la maladie est des plus sombres. L'individu qui guérit de cette sorte de psychose est voué pour l'avenir aux récidives, à la démence précoce, aux folies périodiques, aux retours agressifs de la folie des obsessions. Le sort le moins triste qui puisse lui échoir est de voir ses inévitables rechutes réduites à un petit nombre et largement espacées au cours de son existence, avec de longues périodes intercalaires de santé psychique plus on moins normale.

M. Pons (Bordeaux) fait une communication sur la statistique des psychoses de la puberté à l'asile des aliénés de Bordeaux dont il est le médecin en chef.

Séance du vendredi soir.

Cette séance a été consacrée à des communications diverses. Notons d'abord celles de M. Ladislas Haskovec, privat docent de

neuropathologie à Prague intitulée : *Contribution à l'étude des idées obsédantes;* — et de M. HUGUES (de Saint-Louis, Etats-Unis). Sur l'évolution de la folie du doute.

Sur la nature de l'hystérie.

M. OSKAR VOGT (Berlin). — L'hystérie n'est qu'un syndrome et les divers troubles hystériques se rencontrent soit seuls soit associés à des stigmates non hystériques de dégénérescence ou de nervosisme acquis.

Dans tous les cas d'hystérie étudiés par moi, j'ai trouvé que des phénomènes psychiques prenaient part à la genèse des troubles observés. Ces phénomènes psychiques sont surtout les *émotions*.

Les formes pathologiques de la rougeur émotive; par P. HARTENBERG, de Paris.

La rougeur émotive, *réaction émotionnelle*, caractérisée par une *vaso-dilatation cutanée* marquée surtout au visage et ne survenant qu'*en présence de la personne humaine*, se rapproche normalement de la *pudeur* et de la *honte*.

Elle peut donner lieu à des troubles morbides de trois degrés.

Au premier degré, c'est une *simple exagération du phénomène vaso-moteur*, dont l'intensité est disproportionnée avec les circonstances où il se produit. Elle représente une sorte de dermatose émotive intermittente, à laquelle on pourrait donner le nom de *maladie de la rougeur* ou *éreuthopathie*.

Au deuxième degré, la *rougeur se complique de peur anxieuse*. Le malade s'affecte de son infirmité en redoute le retour, fuit la société où elle se produit. Une phobie se constitue, l'*éreuthophobie,* qui se traduit par des *crises aiguës paroxystiques*.

Au troisième degré la *peur est devenue chronique*. Le malade pense sans cesse à sa rougeur : elle devient une idée fixe autour de laquelle s'oriente toute sa vie mentale et affective. C'est l'*obsession de la rougeur*.

L'analyse psychologique montre que *la phobie et l'obsession de la rougeur sont constituées par deux phénomènes emotionnels combinés : l'émotion de la rougeur, l'émotion de la peur*. La première a provoqué la seconde dans le premier stade de l'affection, puis dans le deuxième stade, la peur provoque la rougeur par un mécanisme semblable à celui d'une impulsion irrésistible. Toutefois *l'élément important de la phobie est l'émotion anxieuse de la peur*, liée à l'émotivité constitutionnelle du sujet, qui se fixe sur la rougeur pour en faire l'objet d'une phobie dont elle fournit la matière. Cette *émotivité relève le plus souvent de la dégénérescence* héréditaire ou acquise. C'est ce que montrent les cas rapportés comme exemples, où l'on voit la rougeur ne s'accompagner d'aucune complication phobique

et rester à l'état de maladie simple de la rougeur chez un sujet normal, tandis qu'elle donne lieu tantôt à la phobie, tantôt à l'obsession de la rougeur suivant que les tares dégénératives des malades sont plus ou moins accentuées.

La vraie cause de la paralysie progressive.

M. le professeur Wladimir Tschisch (Faculté de Dorpat). — 1° La vraie et seule cause de la paralysie générale progressive, c'est la syphilis non traitée ou négligée. Des observations soigneusement recueillies prouvent que tous les paralytiques ne se faisaient pas traiter pour la syphilis ou bien qu'ils ne se faisaient pas assez traiter; 2° Les syphilitiques qui se faisaient traiter longtemps et soigneusement n'ont pas été atteints de la paralysie générale; 3° L'hérédité pathologique et la dégénérescence ne jouent aucun rôle dans l'étiologie de la paralysie générale; 4° Les personnes qui ont de visibles stigmates de dégénérescence, physiques et psychiques, ne sont atteintes que très rarement de la paralysie progressive ou de la syphilis cérébrale.

M. Wahl. — La prédisposition héréditaire joue un grand rôle dans l'étiologie de la paralysie générale.

M. Greidenberg. — La syphilis ne peut être considérée comme la seule cause de la paralysie générale.

M. Lalanne. — A la maison de santé à laquelle je suis attaché, il n'y a eu que quatre femmes paralytiques générales et qui toutes les quatre étaient syphilitiques.

Sur l'origine onirique de certains délires dans la paralysie générale.

MM. Régis et Lalanne. — Le délire onirique dans la paralysie générale, tel qu'il résulte au moins de nos quelques observations, n'a pas tout à fait les mêmes caractères que dans les intoxications aiguës. Il est moins hallucinatoire, moins intimement lié à la personnalité du sujet.

Fractures spontanées dans la paralysie générale.

M. Lalanne. — De même que dans le tabes, la fracture spontanée a pu se montrer comme premier symptôme à la période prétabétique, de même elle peut exister à la période préparalytique comme première et unique manifestation de la paralysie générale. L'auteur rapporte quatre cas à l'appui de cette thèse.

Une méthode de traitement de certaines phobies; par P. Hartenberg, de Paris.

M. Hartenberg expose la méthode de traitement qui lui a donné

les meilleurs résultats contre les phobies inhibitoires, c'est-à-dire contre ces peurs qui ont pour objet un acte volontaire et dont l'effet est de contrarier ou d'empêcher l'exécution de cet acte.

Le traitement se divise en deux périodes. La première période, d'une durée de une semaine à un mois et plus, est consacrée à une thérapeutique générale du système nerveux. Traitement de l'affection générale (artério-sclérose, bradytrophie, etc.) ou locale (estomac, foie, organes génitaux, etc.); s'il y en a, régime alimentaire sévère, hydrothérapie sous forme de lotions et de bains, électricité statique ou faradique, comme unique médicament. *l'opium*, et enfin vie de repos, et au besoin *séjour au lit*, telles sont les principales pratiques de cette période, au bout de laquelle on assure au malade, que son état nerveux général, qui constitue l'élément important, étant guéri, la phobie, qui n'est que secondaire, aura disparu d'elle-même. De cette phobie, *on n'en parle jamais au malade*, on évite qu'il en soit parlé devant lui, on écarte de lui tout ce qui pourrait la lui rappeler.

Durant la seconde période, le rôle du médecin consiste à faire accomplir au malade, sous sa direction, des *exercices d'accoutumance à la phobie*. Il l'accompagne dans le lieu et dans les conditions où la peur se déchaîne ; et par des stimulations persévérantes l'oblige à faire, malgré l'émotion, l'acte redouté. Les premières épreuves, reprises chaque jour, sont en général difficiles et pénibles ; mais au bout de quelques séances, l'appréhension et l'inhibition diminuent en même temps que reviennent la confiance et l'espoir. Au bout d'une dizaine de jours, le patient est souvent capable d'affronter la peur tout seul et il n'est pas rare qu'au bout de deux semaines il soit guéri au point d'accomplir l'acte redouté sans trace d'émotion. Pendant toute cette seconde période de même que pendant la première, *il n'est jamais parlé de la phobie* dans l'intervalle des exercices.

Cette méthode présente deux grands avantages. Le premier, c'est que *le traitement s'attaque, non à l'idée de la phobie, mais à l'émotion de la phobie*, qui en constitue l'élément prépondérant. La tactique ne consiste pas à empêcher d'avance par des paroles rassurantes, la production de la peur, mais à combattre les effets morbides de cette peur, l'inhibition et la retraite du malade, au moment même où elle se déchaîne. Il faut que la maladie agisse malgré sa crainte. Et c'est chose étonnante comme l'émotion cède vite à l'accoutumance ; chaque essai qui réussit contribue à rendre au malade confiance et espoir. C'est donc en réalité dans la seconde période que commence véritablement le traitement de la phobie. Mais ce traitement a lieu à l'insu du malade.

Et tel est le second avantage de la méthode : c'est *qu'on combat la peur sans en parler*. Loin d'attirer l'attention sur son objet, on l'en détourne au contraire et on s'oppose ainsi à la tendance à l'obsession.

En revanche, la méthode présente l'inconvénient d'obliger le médecin à des déplacements souvent incommodes pour suivre le malade sur le terrain de sa phobie (voiture, chemin de fer, bateau chant, etc.). Néanmoins, quand les autres moyens auront échoué. il sera indiqué de recourir à cette méthode, qui semble être le procédé de choix dans le traitement des phobies inhibitoires.

Sur la période terminale de la paralysie générale et sur la mort des paralytiques généraux.

M. L. Arnaud (Vanves). — D'après mes observations, beaucoup de paralytiques parcourent toutes les phases de leur maladie sans devenir impotents, sans avoir d'eschares, et meurent debout, c'est-à-dire sans avoir jamais été confinés au lit, ayant gardé jusqu'à la fin la possibilité d'aller et de venir sans appui. M. Arnaud apporte, à l'appui, 47 observations personnelles de paralytiques suivis jusqu'à la mort. Sur ce nombre, neuf ayant été emportés prématurément par une affection intercurrente, ne peuvent entrer en ligne de compte, on ne sait pas s'ils seraient ou non devenus impotents. Les 38 restants donnent 19 malades ayant traversé la période d'impotence, et 19 également qui sont morts debout. D'où cette première conclusion que la description classique répond tout au plus à la moitié des cas.

Les malades qui deviennent impotents présentent tous des symptômes spasmodiques, des contractures, qui sont la vraie cause de la gène des mouvements. Ceux qui meurent debout ne présentent pas ces phénomènes spasmodiques. La période terminale de la paralysie générale présente donc deux variétés cliniques : l'une avec contractures et impotence, d'autres sans contractures et sans impotence.

En ce qui concerne la cause de la mort, les faits rapportés se divisent en trois groupes : Le premier, celui des sujets morts dans le marasme, comprend seulement deux cas. Le second, avec neuf cas, est celui des malades qui ont succombé à une affection étrangère à la paralysie générale. Le troisième renferme les malades emportés par un ictus cérébral, et il compte 36 cas.

La conclusion qui découle de ces faits est que, contrairement à la doctrine classique, l'ictus cérébral n'est pas une complication de la paralysie générale, mais bien un symptôme intrinsèque; il en est de plus la terminaison normale et la plus fréquente.

Sur la névrose d'angoisse; par P. Hartenberg, de Paris.

En 1895, Freud, de Vienne, proposait de considérer comme une *affection autonome et distincte de la neurasthénie sous le nom de névrose d'angoisse* (angstneurose) un syndrôme caractérisé par : a, l'irritabilité générale ; b, *un état chronique d'attente anxieuse;*

c, *des crises d'angoisse paroxystique* ou des équivalents de crises; d, *des phobies et des obsessions.*

Cette affection, tout en pouvant reconnaitre d'autres causes, telles que la dégénérescence, le surmenage, etc.; aurait surtout une origine sexuelle et se produirait chaque fois qu'il y a chez l'homme ou chez la femme surexcitation sexuelle inapaisée.

Pour séparer la névrose d'angoisse de la neurasthénie, Freud s'appuie sur deux ordres de motifs : les conditions étiologiques, les symptômes cliniques.

En ce qui concerne les conditions étiologiques, il semble qu'on doive réserver son jugement, car Freud attribue une origine sexuelle à toutes les névroses, hystérie, neurasthénie, et ce serait suivant lui la qualité de l'irrégularité sexuelle qui donnerait sa forme à la névrose. Cette théorie générale n'étant pas encore admise, on n'en saurait tirer un argument pour ou contre la névrose d'angoisse.

En revanche les symptômes cliniques se rencontrent, en pratique, tels que les a décrits Freud, avec une exactitude frappante, chez des malades qui ne présentent, d'autre part, aucun des stigmates de la neurasthénie, type Beard-Charcot. Toutefois on les rencontre aussi associés à la neurasthénie, et ils ont été décrits plus ou moins fidèlement sous le nom d'états anxieux neurasthéniques : et quand ces états d'anxiété dominent chez un malade, on prononce volontiers le terme de neurasthénie anxieuse.

Or, pour séparer la névrose d'angoisse de la neurasthénie, on doit se demander : 1° Si cette distinction est *légitime*; 2° si elle est *utile.*

1° Elle paraît *légitime*, car quiconque a observé et suivi un cas de névrose d'angoisse, ne saurait douter que le tableau et la marche cliniques diffèrent absolument de la neurasthénie à stigmates classiques. Une forme pure de névrose d'angoisse n'a rien de commun avec une forme pure de neurasthénie dépressive;

2° Elle paraît *utile*, car le terme de neurasthénie, de l'avis de tous les auteurs, par l'extrême extension qu'on lui a donnée, a perdu beaucoup de son exactitude et de sa précision. Il serait bon de posséder un nom pour qualifier cette forme de névropathie, où la dépression est absente, mais où l'angoisse domine, chronique et paroxystique, et qui constitue le terrain d'éclosion le plus favorable des phobies et des obsessions.

L'analyse des symptômes montre que la névrose d'angoisse est faite presque exclusivement de désordres vasculaires et organiques dépendant de l'innervation sympathique : en conséquence, on pourrait en faire une *névrose par faiblesse irritable du sympathique*, en opposition avec la neurasthénie classique, représentant la *faiblesse irritable du système cérébro-spinal.* Il en est ainsi pour les formes pures. Mais dans la pratique, comme les causes morbides

atteignent souvent à la fois le système cérébro-spinal et le sympathique, *les symptômes des deux névroses se trouvent réunis* cliniquement, comme se rencontrent d'ailleurs associées la neurasthénie et l'hystérie.

Paralysie générale progressive chez un sujet ayant présenté dix-huit ans auparavant du délire de persécution. Analgésies cutanées et viscérales profondes. Intégrité de la moelle.

MM. Joffroy et Gombault (Paris) rapportent l'histoire d'un ancien délirant persécuté devenu paralytique général avec troubles pupillaires caractéristiques, embarras de la parole, etc. Il succomba à un érysipèle de la face.

A l'autopsie, on constate que la pie-mère est épaissie sur toute la surface externe du cerveau. La décortication des circonvolutions frontales ne peut se faire, quelque soin qu'on y mette, sans entraîner de véritables lambeaux de substance grise adhérant à la face interne de la pie-mère. Il en est ainsi sur tout le lobe frontal, sur le lobe temporal, ainsi qu'au niveau des lobes orbitaires, et à la partie antérieure de la face interne de l'hémisphère cérébral.

L'examen histologique démontra que les lésions des méninges et de l'écorce cérébrale sont généralisées, mais beaucoup plus prononcées au niveau du lobe frontal et dans les circonvolutions qui avoisinent le sillon de Rolando. La pie-mère cérébrale est formée par un lacis serré de fascicules fibrillaires. Toutes les variétés de cellules sont présentes et les pyramidales géantes forment dans les circonvolutions motrices des amas assez nombreux et bien fournis. On doit noter cependant le gros volume de l'amas pigmentaire dans la plupart des cellules, et la diminution des grains chromatiques dans les pyramidales grandes et géantes. La moelle est indemne aussi bien dans sa substance blanche que dans sa substance grise, et en particulier les faisceaux postérieurs sont aussi richement pourvus de fibres à myéline que dans une moelle normale. Les racines antérieures et postérieures sont saines.

M. Lalanne a eu l'occasion d'observer un paralytique général, ancien dégénéré avec deux accès vésaniques antérieurs. Entre les deux accès de folie, son malade contracta la syphilis.

(*A suivre.*)

Section de Neurologie.

Le jeudi 2 août, à neuf heures du matin, par conséquent avant l'Assemblée générale d'inauguration, la *Section de Neurologie* a inauguré ses travaux. M. le professeur F. Raymond, président du Comité d'organisation, assisté de MM. les professeurs Brissaud,

Grasset, A. Joffroy, Pitres et de MM. les Drs Déjerine et P. Marie, a ouvert la séance et prononcé le discours suivant :

Messieurs,

Comme Président du Comité d'organisation de la section de Neuropathologie du Congrès international de médecine de Paris,



(Cliché Pirou.

M. le Pr Raymond,
Président de la section de Neurologie.

j'ai l'honneur et le plaisir, au nom de mes Collègues et au mien, de vous souhaiter la bienvenue. Nous sommes très heureux de vous recevoir, et nous vous exprimons notre commune reconnaissance d'avoir répondu, en si grand nombre, à notre appel.

Messieurs,

La grande solennité qui réunit, dans la Capitale de la France,

les plus illustres représentants de la science contemporaine, marquera une date dans l'histoire de l'humanité. Elle clôt le siècle qui est à la veille de finir et qui a été si fécond en découvertes scientifiques de tout ordre; la médecine en a recueilli sa très large part. Pour ce qui concerne notamment la branche des sciences médicales, qui constitue notre spécialité, elle a pris un essort vraiment prodigieux dans le cours des cent dernières années. Avant de procéder à l'élection du bureau définitif et de donner la parole à Monsieur le Secrétaire général du Congrès, je voudrais vous remettre en mémoire, dans une rapide revue rétrospective, les principaux jalons qui répèrent l'évolution et les progrès de la neurologie au XIX[e] siècle. Je serai aussi bref que possible, afin de ne point abuser de votre bienveillante attention.

Messieurs, depuis une vingtaine d'années, l'activité intellectuelle d'une élite de biologistes s'est concentrée sur ce vaste domaine qui embrasse l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux. A ne considérer que l'étude des maladies nerveuses, nous la voyons occuper, au milieu des autres branches de la pathologie, une place incontestablement prépondérante, et elle est parvenue à un état d'avancement tout à fait remarquable. Il y a un siècle, elle se mouvait dans un vrai chaos, n'ayant pour guide que des conceptions doctrinales sans base objective, reflets des théories médicales du jour.

En pouvait-il être autrement à une époque où la structure et l'agencement intime des centres nerveux étaient à l'état de lettres mortes pour les anatomistes, et où les idées qu'on se faisait de leur rôle se réduisaient à des notions vagues, pour la plupart erronées.

De l'encéphale, on ne connaissait que l'anatomie grossière.

La moelle était considérée comme un prolongement du cerveau, quelque chose comme un gros nerf, plus volumineux que les autres.

Les origines de tous les nerfs étaient placées dans le cerveau. La présence de fibres, dans cet organe, était méconnue ou niée. On ignorait l'existence des cellules nerveuses.

Les représentants officiels de l'enseignement de l'anatomie en étaient encore à décrire les nerfs comme des vaisseaux sanguins de la membrane pie-mérienne, transformés successivement en substance corticale et en substance médullaire.

Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que la pathologie de l'encéphale fût bornée à l'étude de lesions grossières ou à de simples apparences auxquelles on attribuait une importance démesurée : *hydrocéphalie, hémorragie, atrophie, hypertrophie, induration, ramollissement, encéphalite,* tels sont les termes autour desquels ont pivoté les discussions et les classifications relatives à la patho-

logie de l'encéphale, pendant la plus grande partie de la première moitié de ce siècle.

Quant à la pathologie spinale, jusque vers les trente dernières années, une grande partie de ses cadres était encombrée par les névroses ou par des affections prétendues telles : épilepsie, chorée, tétanos, rage, etc.; le reste embrassait l'étude des lésions traumatiques, des vices de conformation, des congestions, de l'inflammation, des productions morbides de la moelle et de ses enveloppes, de l'atrophie et de l'induration du névraxe.

Cependant, dès les premières années de ce siècle, à une époque où, je vous le répète, la plupart des anatomistes niaient la présence de fibres dans les centres nerveux, Gall et Spürzheim affirmaient catégoriquement leur existence. Ils affirmaient que *tous les nerfs prennent leur origine dans la substance grise.* Ils soutenaient que la moelle n'est pas un simple prolongement du cerveau, comparable à un gros nerf, mais quelque chose comme un amas de centres, équivalents ou complémentaires de la masse encéphalique. En outre, ils cherchaient à faire prévaloir une thèse qui contenait comme un germe de la doctrine des localisations; ils la formulaient ainsi : « *L'ensemble des nerfs se compose de plusieurs systèmes particuliers ; ces systèmes diffèrent entre eux aussi bien dans leur structure intime que dans leurs fonctions respectives; les fonctions ou facultés sont en raison directe du développement des organes auxquels elles sont affectées ; il y a, entre les divers appareils, plus ou moins de connexion, et par conséquent d'influence réciproque ; le cerveau se compose d'autant de systèmes particuliers qu'il exerce de fonctions distinctes, etc...* »

A vrai dire, c'étaient là de simples vues de l'esprit. Près d'un quart de siècle se passa, avant qu'elles ne trouvassent un commencement de confirmation, à la suite des expériences de Bell, de Magendie. En nous révélant les différences de fonctions des racines antérieures, des racines postérieures et des faisceaux blancs dont se compose la moelle, les travaux de ces deux illustres physiologistes fondaient, sur des bases objectives, les premières assises de la systématisatiou de l'axe spinal. A l'époque dont je parle, on entrevoyait déjà, dans la moelle, un centre immédiat de mouvements, mais on s'occupait surtout de son rôle de conducteur. Désormais, on allait distinguer les parties qui, dans le névraxe, servent à la transmission de la sensibilité et les parties qui servent à la transmission des impulsions motrices.

Cette manière d'envisager l'organisation et le fonctionnement de la moelle se reflète dans les traités de pathologie nerveuse de l'époque. L'anatomie pathologique n'avait guère progressé jusque-

là et pour cause. Aussi, s'attachait-on principalement à l'étude des troubles fonctionnels qui figurent dans la symptomatologie des maladies du système nerveux. Indépendamment des maladies nerveuses proprement dites — et comme telles, on décrivait surtout des névroses — on se mit à étudier, dans autant de chapitres spéciaux, les troubles de la sensibilité : — *anesthésies*, *hyperesthésies*; — les troubles de la motilité : — *paralysies*, *contractures* et *spasmes* en les considérant suivant leur siège réel ou présumé. La systématisation n'allait pas plus loin, dans le domaine de la pathologie nerveuse; n'empêche qu'elle s'affirmait, d'une façon très catégorique, dans les classifications adoptées pour l'étude des maladies de la moelle.

Vers 1830, la conception, par trop vague, qu'avaient Gall et Spürzheim, de l'origine des nerfs et de leurs fibres, s'éclaira d'une lueur nouvelle, grâce à la découverte des cellules nerveuses, dont l'honneur revient à Ehrenberg, à Valentin, à Pürkinje. Elle sortit de son état informe et prit corps dix ans plus tard. A cette date, Hannover proclama, catégoriquement, que *toutes les fibres du cerveau naissent des cellules nerveuses*. Entre temps, Virchow nous avait révélé l'existence d'une trame interstitielle dans les centres nerveux, l'existence de la névroglie, déjà entrevue par Cruveilhier.

Désormais, les histologistes allaient avoir devant eux, un terrain admirablement préparé pour le succès de leurs investigations futures. Un programme bien défini s'imposait à leurs recherches. Il s'agissait de déchiffrer l'agencement intime des cellules nerveuses, des fibres nerveuses et de la névroglie ; de démêler l'enchevêtrement, en apparence inextricable, des appareils qui composent les centres nerveux et qui président, pour ainsi dire, à toutes les manifestations de la vie.

Les travaux de Stilling et de Wallach marquent une première étape, très fructueuse, franchie dans cette voie de recherches. Dès le commencement de la seconde moitié de ce siècle, la structure intime du cerveau et de la moelle nous était connue dans ses traits essentiels. De cette même époque (1854) date la loi qui a régi, jusqu'à ces derniers temps, notre conception de l'organisation intime des centres nerveux ; elle subsiste encore en grande partie. Wagner l'avait formulée en ces termes : le cerveau et la moelle se réduisent à des agglomérations considérables de cellules multipolaires et de fibres primitives, celles-ci ne communiquant entre elles que par l'intermédiaire des cellules. Tous les phénomènes d'innervation reposent sur l'union des cellules isolées ou des agrégats de cellules avec d'autres cellules et avec les fibres centrales et périphériques.

Un peu plus tard, les travaux de Deiters nous valurent les premières données précises, relatives à la structure des éléments cel-

lulaires des centres nerveux. Gerlach objectivisait cette conception des rapports anatomiques des cellules et des fibres nerveuses. Il édifiait sa doctrine de l'agencement réticulé des fibrilles qui étaient censées unir entre elles les cellules nerveuses. La doctrine du réseau de Gerlach a régné, sans opposition, jusqu'à l'avènement de la doctrine du neurone, et elle compte encore des adeptes qui poursuivent sa restauration.

Enfin, au cours de cette même période, Waller nous révélait l'existence des *centres trophiques*, des centres qui tiennent sous leur dépendance la nutrition des nerfs moteurs et des nerfs sensitifs et il nous initiait aux lois des dégénérescences secondaires.

Messieurs, la répercussion de ces découvertes, sur l'évolution de la pathologie spinale, fut énorme ; elle aboutit à une rénovation de cette branche de la pathologie nerveuse. Une fois en possession de cette donnée fondamentale que les centres nerveux se composent d'éléments parenchymateux, cellules et fibres, soutenus par une trame interstitielle, on appliqua, à la pathologie nerveuse, les mêmes principes qui ont cours dans les autres branches de la pathologie. On se mit à distinguer des lésions parenchymateuses et des lésions interstitielles. L'induration grise devint la *sclérose*, l'hyperplasie du tissu interstitielle.

Dès 1853, à une époque où il avait déjà inauguré l'étude des dégénérescences secondaires, rattachées ensuite aux scléroses, Türck décrivait une *sclérose primitive des cordons latéraux ;* on a prétendu en faire le substratum du tabes spasmodique.

Un peu plus tard, Türck nous révélait l'existence d'une *sclérose* des *cordons postérieurs* dans les cas de tabes dorsalis ; la symptomatologie de cette affection nous était déjà connue, en partie, grâce aux travaux de Horn, de Wunderlich, de Romberg.

En 1863, Friedreich découvrait l'existence *d'une sclérose des cordons postérieurs, d'origine héréditaire ;* d'abord, on en fit la forme héréditaire du tabes dorsalis, de l'ataxie locomotrice de Duchenne. Aujourd'hui, la maladie de Friedreich est classée dans les scléroses systématiques combinées.

Vers la même époque, les travaux de Rindfleisch, de Leyden, de Zencker, nous révélaient l'existence d'une sclérose qui envahit les centres nerveux sous la forme d'îlots disséminés ; les recherches cliniques de Charcot et Vulpian nous apprenaient à distinguer cette *sclérose en plaques* de la paralysie agitante, de la maladie de Parkinson, jusque-là confondue avec elle.

A côté des scléroses, un autre groupe d'affections médullaires était en train de faire son avènement : je veux parler des *amyotrophies spinales*, des amyotrophies symptomatiques d'une lésion des centres trophiques du névraxe.

Dès 1853, Cruveilhier avait constaté l'existence d'une atrophie des racines antérieures de la moelle, dans un cas d'atrophie musculaire progressive. Guidé par cette remarquable intuition, qui lui a fait entrevoir tant de découvertes futures, il avait conclu que le point de départ de l'atrophie des racines antérieures devait être cherché dans la moelle. En 1860, Luys fut plus affirmatif. Il avança que la dégénération des cellules des cornes antérieures de la moelle constituait la lésion anatomique principale de l'atrophie musculaire progressive. A peu d'années de distance, les recherches de Clarke, de Charcot, de Joffroy et de Hayem nous ont fourni les preuves matérielles de l'existence d'une forme d'atrophie musculaire progressive, en rapport avec une lésion des cellules tropho-motrices des cornes antérieures de la moelle.

Au cours de cette même période, une origine analogue fut reconnue à la paralysie infantile. Déjà précédemment, Heine et Duchenne avaient été conduits, par voie de simple raisonnement, à placer le siège de cette maladie dans la moelle. De par les observations de Cornil, de Prévost et Vulpian, de Clarke, de Charcot et Joffroy, il fut démontré que la paralysie spinale infantile avait pour substratum une atrophie aiguë des cellules tropho-motrices des cornes antérieures.

Dans l'intervalle, l'étude des dégénérescences secondaires, qu'on voit survenir dans la moelle, avait été amenée à un point d'avancement qui n'a guère été dépassé, grâce surtout aux remarquables travaux de Bouchard. Entre autres notions de pathogénie, il s'en était dégagé celle qui suppose un rapport de causalité entre le symptôme contracture et la sclérose d'une partie des cordons latéraux, de celle qui est devenue le faisceau pyramidal croisé.

Charcot nous fit ensuite connaître la *sclérose latérale amyotrophique*, qui établissait comme un trait d'union entre les scléroses systématiques et les amyotrophies spinales. En effet, sa symptomatologie se résume dans ces deux éléments : contracture, atrophie musculaire, et elle a pour substratum fondamental une sclérose des cordons latéraux, associée à une atrophie des cellules tropho-motrices des cornes antérieures.

Cette succession de découvertes embrasse une période de vingt années à peine. Au sortir de cette période, les cadres de la pathologie médullaire se trouvaient constitués dans leurs grandes lignes, tels que nous les voyons encore aujourd'hui.

La moelle nous apparaissait définitivement comme un assemblage de centres gris et de conducteurs blancs, juxtaposés ou imbriqués les uns dans les autres, formant autant de systèmes anatomo-physiologiques distincts, la lésion isolée de chacun d'eux se traduisant par des manifestations différentes et pour ainsi dire spécifiques. Aux affections diffuses, telles que la myélite, la méningo-

myélite, on se mit à opposer les affections dont le substratum se localise dans un ou plusieurs de ces systèmes. Ainsi prit corps la doctrine des affections systématiques de la moelle.

Une semblable conception de l'organisation architecturale et fonctionnelle du névraxe spinal formait un singulier contraste avec celle qu'on avait encore de l'organisation fonctionnelle des hémisphères cérébraux. A l'époque dont je vous parle, le dogme erroné de l'homogénéité fonctionnelle du cerveau, consacré par les recherches expérimentales de Flourens, était accepté presque sans conteste. Il barrait la route à l'initiative de ceux, psychologistes, physiologistes ou cliniciens, qui soupçonnaient au cerveau une organisation analogue à celle que l'on connaissait déjà à la moelle. La doctrine des localisations cérébrales était encore dans les limbes. Toutefois, ceux qui devaient l'en tirer et assurer son triomphe comptaient déjà des précurseurs, qui avaient préparé les voies à son avènement. Les recherches de Bouillaud, de Dax, de Broca avaient abouti à la découverte du centre du langage articulé. Türck, tout en commettant une erreur de topographie, avait entrevu l'existence, dans le cerveau, de deux territoires dont la lésion engendre, pour l'un, une hémianesthésie, pour l'autre, une hémiplégie motrice du côté opposé.

Hughlings-Jackson avait reconnu les rapports de l'épilepsie unilatérale avec des lésions de l'écorce grise, cantonnées dans une région circonscrite de l'hémisphère du côté opposé ; il avait conclu à la nécessité de localiser dans cette région les centres moteurs des différents groupes de muscles. Mais tout cela n'avait pas ébréché d'une façon bien ostensible le dogme de Flourens. On n'en considérait pas moins les hémisphères cérébraux comme une masse de substance nerveuse, homogène au point de vue fonctionnel. On se représentait toujours l'affaiblissement de leurs fonctions comme adéquat à la quantité de substance cérébrale, détruite ou annihilée.

En 1870, une découverte sensationnelle vint préluder à l'effondrement de la doctrine de Flourens. L'excitabilité d'une partie de l'écorce grise des hémisphères par le courant électrique, méconnue jusqu'alors, nous fut dévoilée par les expériences de Fritsch et de Hitzig. Cette mémorable révélation, corroborée et complétée par les expériences de Ferrier et d'autres physiologistes, donna le branle aux recherches convergentes des physiologistes, des anatomistes et des cliniciens ; leur but commun était de démontrer que les hémisphères cérébraux se décomposent en territoires aux fonctions très différentes et que la lésion isolée de chacun de ces territoires se révèle par des troubles particuliers et caractéristiques.

La méthode anatomo-chimique, créée par Charcot, a pris une part prépondérante aux découvertes qui se sont succédées dans cette

voie de recherches. Peu d'années se passèrent et la doctrine des localisations cérébrales était fondée sur des bases inébranlables. Notre connaissance des différents territoires qui composent la zone motrice corticale était, à peu de choses près, à l'état d'avancement où nous la trouvons encore aujourd'hui. Presque parallèlement et grâce à cette méthode, notre connaissance des aphasies et de la fonction du langage subit un remaniment complet. Il se fit voir qu'il n'y avait pas un centre unique du langage, mais autant de centres d'expression et de perception des idées qu'il y a de manières d'exprimer et percevoir celles-ci ; il se fit voir qu'il existait autant de modalités correspondantes d'aphasie. Vous m'en voudriez de ne point rappeler, en passant, la part prépondérante qui revient à Wernicke dans ce travail de rénovation.

Je ne ferai qu'évoquer les tâtonnements qui ont préludé à une connaissance exacte de la topographie des centres corticaux de la perception sensitive. A cet égard, les recherches combinées des anatomo-pathologistes, des cliniciens et des expérimentateurs ne nous avaient fourni, jusqu'à ces derniers temps, que des données toujours incertaines, souvent contradictoires. Il a fallu les admirables et patientes recherches de Flechsig, sur la chronologie de la myélinisation des fibres nerveuses dans le cerveau du fœtus et du nouveau-né, pour nous faire entrevoir l'exacte topographie des territoires corticaux auxquels viennent aboutir les conducteurs chargés de transmettre à la conscience les impressions développées à la surface de nos téguments ou dans la profondeur de nos organes. Il en découle que les centres corticaux de la perception sensitive se superposent, en grande partie, aux centres moteurs; autrement dit, les mêmes territoires corticaux qui projettent des impulsions motrices sur nos muscles sont aussi des lieux d'aboutissement des conducteurs sensitifs par l'intermédiaire desquels notre conscience est renseignée sur ce qui se passe autour de nous et en nous.

Je serais entraîné beaucoup trop loin, si je voulais passer en revue, même dans une énumération sommaire, les innombrables travaux qui ont concouru à l'édification de notre connaissance actuelle de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie des centres nerveux et des nerfs pérphiériques. Aussi me bornerai-je à une simple constatation d'ensemble. Cet imposant concours d'efforts synergiques nous a valu une conception à la fois simple et précise de l'organisation des appareils qui mettent le monde extérieur et nos propres organes en communication avec les territoires du cerveau qui constituent en quelques sortes le substratum de notre MOI, de notre CONSCIENCE et de notre VOLONTÉ. Deux grandes voies, l'une sensitive, l'autre motrice, desservent ces communications. Nous sommes aujourd'hui exactement renseignés

sur les lieux de départ de la voie motrice, autrement dit, sur la topographie des centres moteurs corticaux. Nous le sommes un peu moins bien sur les territoires de l'écorce cérébrale auxquels aboutit la voie sensitive (sensibilité générale et sens spéciaux); nous le sommes d'une façon encore plus incomplète sur les communications qui relient les centres corticaux SENSITIFS et SENSORIELS aux centres corticaux MOTEURS et sur l'organisation des appareils par l'intermédiaire desquels s'effectue leur synergie, LEUR ASSOCIATION.

Messieurs, la question des *centres d'association* figure au nombre de celles qui feront l'objet d'un rapport d'ensemble; nous espérions avoir la bonne fortune de l'entendre exposée par son auteur; malheureusement un accident, d'ailleurs sans gravité, arrivé ces jours derniers au professeur Flechsig, l'empêche de venir au Congrès; nous n'aurons donc que son rapport écrit, et celui-ci va être discuté par les anatomistes les plus compétents. Il est à prévoir que la question soulèvera un conflit d'opinions. Je manquerais donc au plus élémentaire de mes devoirs si je risquais, à son sujet, un jugement hâtif. Laissez-moi seulement vous faire remarquer que si les révélations de Flechsig, ou d'autres analogues, se vérifient dans leur partie fondamentale, et nonobstant les correctifs que des recherches parallèles pourront leur faire subir, les fonctions psychiques deviendront localisables au même titre que les fonctions dévolues aux centres de la perception consciente et aux centres de la motilité volontaire. Dès maintenant, nous serions en possession des premiers matériaux à l'aide desquels nous espérons reconstruire la psychologie sur des bases objectives. Et ce qui offre pour les neurologistes comme pour les aliénistes, un intérêt plus immédiat, dès maintenant, nous serions assurés de la possibilité de fonder l'anatomie pathologique des syndromes psychiques sur les mêmes bases que celle des syndromes somatiques des maladies de l'encéphale. Aux affections, en rapport avec des lésions diffuses du cerveau et de ses enveloppes, nous en viendrions à opposer les troubles mentaux qui se prêtent à un diagnostic topographique rigoureux parce qu'ils sont en rapport avec la lésion d'un territoire aux fonctions psychiques bien définies.

Déjà des données éparses existent, glanées dans le domaine de l'observation clinique, qui nous garantissent l'espoir que les voies inaugurées par l'école anatomique contemporaine n'aboutiront pas à un désert où les rêves et le mirage tiennent lieu de réalités. Mais j'ai hâte de conclure, m'excusant à nouveau de retenir aussi longuement votre attention.

En l'espace d'un siècle, les recherches combinées des anatomistes, des expérimentateurs, des cliniciens ont révolutionné, de

fond en comble, notre connaissance du système nerveux. Elles ont abouti à nous doter d'une conception, simple et rationnelle, de l'ensemble de ce système et de ses fonctions, fondée sur des données objectives qu'on peut, sans témérité aucune, qualifier d'inébranlables :

Le système nerveux nous apparaît maintenant comme un ensemble d'appareils, aux fonctions distinctes, mais synergiques.

Nous distinguons, dans cet ensemble, et nous LOCALISONS les conducteurs chargés de transmettre à notre conscience les ébranlements qui résultent des moindres modifications survenues dans le monde ambiant, à la surface ou dans la profondeur de nos organes.

Nous distinguons et nous LOCALISONS, de même, les territoires qui servent de substratum à la conscience, les territoires chargés de *percevoir* ces ébranlements que nous appelons des *impressions*, chargés de les métamorphoser en *sensations*. De vagues, confuses et fugaces qu'elles sont, au début de la vie, celles-ci gagnent en netteté et en persistance, au fur et à mesure de leur répétition. En outre, elles appellent des réactions multiples.

Les UNES S'EXTÉRIORISENT sous la forme de mouvements qui d'abord ont pour unique but la conservation de l'organisme ou qui ne réfléchissent que les impressions de bien-être, de déplaisir ou de souffrance.

Nous LOCALISONS les centres d'où partent ces impulsions motrices.

Les AUTRES, INTÉRIEURES, donnent naissance à des idées de souvenirs. D'après certains auteurs, nous serions à même de LOCALISER les territoires dans lesquels s'emmagasinent ces idées de souvenirs, les centres des différentes variétés de mémoires.

Au fur et à mesure des progrès de l'éducation que nous acquérons par nous-mêmes ou que nous tenons de nos semblables, ces deux catégories de réactions se perfectionnent.

Les réactions extériorisées ne sont plus réduites à de simples mouvements réflexes qui visent la satisfaction de nos besoins immédiats, la conservation et le développement de notre machine corporelle; elles s'élèvent peu à peu à la hauteur *d'actes* plus ou moins prémédités. De mieux en mieux, nous apprenons à adapter les mouvements et les actes aux buts à atteindre. Mouvements et actes éveillent des réactions internes ; à leur tour, celles-ci vont constituer un stock à part d'idées, de souvenirs. La comparaison s'exerce sur les diverses traces qu'ont laissées en nous les impressions venues du dehors, sur les idées de souvenirs de toute catégorie. Le jugement se forme sur les résultats de notre propre expérience et par voie de suggestion exercée du dehors.

La *personnalité* — le MOI — se dessine d'une façon de plus en plus nette, fondée qu'elle est sur les souvenirs des sensations pas-

sées, sur les souvenirs des réactions intérieures et extérieures qui s'en sont suivies, sur la notion des rapports qui unissent ces sensations et ces réactions, sur les aptitudes acquises pour satisfaire nos besoins matériels et nos aspirations diverses, sur la conscience que nous avons de toute cette vie intérieure et de nos relations présentes et passées avec le monde ambiant.

Or, d'après Flechsig, nous serions déjà à même de *localiser approximativement* les territoires corticaux qui sont en quelque sorte les dépositaires de nos diverses aptitudes. Nous serions à même de localiser les centres par l'intermédiaire desquels nous apprécions plus ou moins exactement les rapports des sensations aux réactions extérieures et intérieures qu'elles déterminent, et ceux par l'intermédiaire desquels nous réfrénons et nous réglementons ces réactions. Nous serions également à même de localiser les territoires corticaux où siège la conscience que nous avons de notre personnalité.

Souhaitons que toutes ces données nouvelles se vérifient et s'étendent. Leur portée va bien au delà du domaine de la médecine proprement dite, car leur répercussion se fera sentir sur la psychologie, sur l'anthropologie normale et morbide, sur la sociologie.

Pour ne m'en tenir qu'au domaine propre de notre spécialité, déjà, je vous le répète, nous entrevoyons, avec une quasi certitude, la possibilité de faire, pour la pathologie mentale, ce qui a été fait, dans ces trente dernières années, pour la pathologie nerveuse, de fonder, sur des bases objectives, le diagnostic topographique des maladies mentales. Déjà, nous entrevoyons le moment où, neurologistes et psychiatres, nous ne nous contenterons plus de suivre des voies parallèles, et où nous fondrons nos efforts les uns dans les autres, parce que notre activité s'exercera sur un terrain commun, à l'aide des mêmes méthodes et suivant les mêmes principes pour ce qui concerne l'étude des rapports qui unissent les manifestations morbides aux altérations, dynamiques ou organiques, d'un territoire déterminé de l'encéphale. Depuis assez longtemps, du reste, une communauté de vues nous unit sur le terrain de l'étiologie. En pathologie mentale, comme en pathologie nerveuse, nous attribuons à l'hérédité et à la dégénérescence, congénitale ou acquise, un rôle étiologique de premier ordre. Dans le développement des maladies mentales et dans le développement des maladies nerveuses, nous incriminons les mêmes causes provocatrices ; elles se résument dans les intoxications autochtones et exogènes, dans les infections, dans le traumatisme physique et psychique.

Nous possédons ainsi les éléments d'une prophylaxie rationnelle des maladies mentales et des maladies nerveuses. Une connaissance

plus exacte de l'organisation structurale et fonctionnelle du système nerveux concourra à faire édifier, sur des données positives, la plus noble de toutes les branches de l'hygiène, celle qui envisage l'homme en tant qu'être pensant et agissant.

Notre commun programme s'est donc singulièrement élargi au fur et à mesure des découvertes du siècle passé. Nos efforts ne sauraient plus avoir pour but exclusif de connaître, avec une rigueur croissante, le siège et le mécanisme des maladies nerveuses ou mentales, de distinguer celles qui résultent d'une perturbation fonctionnelle, d'un état d'épuisement, d'une intoxication, de celles qui sont liées à une lésion organique ; de discerner celles qui sont curables d'avec celles qui ne le sont pas ; de multiplier et de perfectionner nos moyens de curation. Ils doivent tendre aussi à préserver nos semblables de tout ce qui peut compromettre le bon fonctionnement et l'intégrité de leur système nerveux. Et c'est là ce qu'il y a de plus salutaire et de plus sublime dans notre rôle : aussi bien, lutter contre les progrès de la dégénérescence et de l'hérédité morbide ; contre la dissémination des infections et plus spécialement contre les ravages de la *syphilis*, la plus fréquente et la plus funeste de toutes ; dévoiler et supprimer les intoxications qui menacent le plus directement nos appareils nerveux, en commençant par la plus néfaste et la plus répandue, par l'*alcoolisme ;* pénétrer nos semblables de cette vérité, que la principale source de bonheur réside dans un parfait équilibre mental, dans une parfaite harmonie entre les appareils qui président aux rapports de notre organisme avec le monde extérieur, dans une exacte compréhension de nos vrais besoins, dans une volonté immuable d'éviter ce qui doit l'être et de tendre vers ce qui est digne de solliciter nos désirs, n'est-ce pas là, Messieurs, contribuer pour la plus large part au bien de l'humanité?

Saluons donc le siècle qui s'en va, car c'est aux travaux et aux découvertes des cent dernières années que nous sommes devenus à même de poursuivre cet idéal, sans plus nous égarer dans le domaine des rêves et des chimères, et en nous guidant seulement sur une connaissance exacte de la structure et des fonctions de la plus noble partie de notre être, du système nerveux.

M. le Dr PIERRE MARIE, secrétaire général du Comité d'organisation de la Section de Neurologie, expose le programme des travaux de la Section.

La Section de Neurologie, qui représente un des groupements du XIIIe Congrès international de Médecine, se trouve être en même temps le IIe Congrès international de Neurologie. Le Ier, on se le rappelle, fut inauguré il y a trois ans, à Bruxelles, sous les auspices de la Société belge de Neurologie. Le choix de Paris comme siège, et de l'année 1900 comme date, de la seconde réu-

nion internationale des neurologistes a nécessité la fusion du Congrès spécial de Neurologie avec le XIII[e] Congrès international de Médecine.

L'abondance des travaux qui incombent aux neurologistes et aux psychiatres a nécessité la formation de deux sections, l'une pour la neurologie, l'autre pour la psychiatrie. Cette séparation s'adresse, non pas aux personnes, mais aux sujets d'études, et M. Pierre Marie propose d'envoyer aux membres de la Section de Psychiatrie l'adresse suivante approuvée par l'unanimité des membres présents :

« Les membres de la Section de Neurologie du XIII[e] Congrès international de Médecine, assemblés à la Sorbonne, dans l'amphithéâtre Richelieu, envoient aux membres de la Section de Psychiatrie un cordial salut. Ils les prient d'agréer l'assurance de leurs sentiments de haute estime et expriment le souhait qu'en travaillant ainsi parallèlement dans un même esprit de dévouement à la science les deux Sections contribuent efficacement à l'avancement de nos connaissances pour tout ce qui concerne le système nerveux normal et pathologique. »

M. le D[r] MAGNAN, Président du Comité d'organisation de la Section de Psychiatrie, présent à la séance, adresse ses remerciements aux membres de la Section de Neurologie.

A l'adresse qu'on vient de lire, la Section de Psychiatrie a répondu le lendemain par l'adresse suivante :

« Les membres de la Section de Psychiatrie du XIII[e] Congrès international de Médecine, assemblés à l'Ecole de Pharmacie, envoient aux membres de la Section de Neurologie leurs sincères remerciements, les félicitent du succès de leurs réunions, leur renouvellent l'assurance de leurs sentiments de haute et confraternelle estime et seront toujours heureux de se retrouver avec eux dans les futurs Congrès pour travailler ensemble au développement de nos connaissances sur les maladies du système nerveux. »

Sont nommés *Présidents d'honneur de la Section de Neurologie :*

Allemagne	MM. HITZIG, JOLLY.
Autriche	OBERSTEINER, A. PICK.
Belgique.	VAN GEHUCHTEN, CROCQ.
Grande-Bretagne	BRUCE, FERRIER, SHERRINGTON.
États-Unis	DANA, FISHER.
Finlande	HOMEN.
Hollande.	HALBERTSMA.
Hongrie	JENDRASSIK.
Italie.	GOLGI, TAMBURINI.
Portugal	LEMOS.

Roumanie	MM. Marinesco.
Russie	Roth, Minor.
Suède	Henschen.
Suisse	Ladame, Von Monakow.

Notre ami et collaborateur, M. le professeur Roth (de Moscou) qui a présidé la Section de Neurologie du Congrès de Moscou, exprime le vœu que les travaux de la Section de Neurologie du Congrès de Paris dépassent encore en résultats ceux du précédent Congrès. (*A suivre.*)

VARIA.

Les aliénés en liberté.

Mariage d'un idiot (?) Un divorce sur la planche. — Ces jours-ci. on a marié à Caen une orpheline sans famille, mais ayant quelques économi s, avec un jeune homme qui *passe pour idiot* et qui n'aurait pas, si on s'en rapporte aux « on-dit », tout ce qu'il faut pour faire un bon mari. Si le fait est vrai, voilà pour sûr un divorce sur la planche. (Le *Bonhomme Normand*, 8 au 14 juin 1900.)

Haute-Garonne. — Attentat contre un magistrat. — M. Delthil, substitut à Saint-Gaudens, vient d'être victime d'une tentative de meurtre. Un nommé Pierre Lastrade, gendarme en retraite, demeurant à Castillon-de-Saint-Martory, a tiré sur lui deux coups de revolver, au palais de justice; une balle l'a atteint au-dessus de l'omoplate droite. Son état n'est pas grave.

Lastrade, un homme âgé de cinquante-cinq ans, a la *manie de la persécution*. Il a eu souvent affaire avec la justice, et, ces jours derniers, il a dû subir une saisie de ses immeubles pour le recouvrement des frais d'un procès en séparation avec sa femme. C'est pour se venger des magistrats qu'il a prémédité son crime. Il a déclaré qu'il regrettait de ne pas avoir tué sa victime. (*L'Epoque* du 24 mai 1900.)

— Une dépêche de Nyons, 30 mai, annonce qu'un fou vient d'assassiner, à coup de bêche, à Séderon, Mme Reynaud-Lacroze, et le garde champêtre. M. Reynaud-Lacroze, maire de Séderon. ancien conseiller général, a reçu de nombreuses blessures qui mettent ses jours en danger. (*Le Temps*, 31 mai 1900.)

Folie chinoise. — Un repousseur sur métaux, de la rue de Terre-

Neuve, M. Philippe Lerentier, marié et père de trois enfants, suivait depuis quelques jours avec passion les terribles événements qui se déroulent en Chine. D'un tempérament faible, ayant un léger penchant pour les liqueurs capiteuses, l'infortuné en était arrivé à un extrême état de nervosité qui ne laissait pas que d'inquiéter sa femme, une brave ménagère.

Hier après midi, Lerentier fut pris d'une violente crise de folie au cours de laquelle il traita sa femme de mangeuse d'enfants. « Oui, disait-il, tu es l'impératrice de Chine et tu veux dévorer mes pauvres petits; il n'en sera pas fait ainsi. » Après avoir roué de coups la malheureuse, l'aliéné prit ses enfants par les jambes et les lança violemment sous les lits, sous prétexte de les dérober aux dents aiguës de l'ogresse. Et pendant que sa femme, terrifiée, s'enfuyait chez des voisins, Lerentier brisait tous ses meubles, bien convaincu qu'il détruisait le palais de l'impératrice de Chine.

M. Deslondes, commissaire de police du quartier de Charonne, survenant alors avec deux inspecteurs, le fou, les yeux hagards, les poings levés, se plaça devant eux en criant : « Venez donc me chercher, vous, les Boxers, je vous attends ! » Il n'a pas fallu moins de huit hommes pour s'emparer du pauvre fou et le conduire à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, 9 juillet 1900.)

Tentative de suicide. — M. Guérin-Meneville, rédacteur à la préfecture de la Seine, a tenté, la nuit dernière de se suicider à l'aide d'un revolver, en son domicile, 86, boulevard de Clichy. La détonation fit accourir sa domestique qui trouva son maître étendu sans mouvement sur sa descente de lit, au milieu d'une mare de sang. M. Meneville ne jouissait pas de la plénitude de toutes ses facultés, car il aurait été dernièrement interné pendant un mois à l'asile d'aliénés de Ville-Evrard. Il était atteint de la manie de la persécution. Le malheureux, dont l'état est désespéré, a été transporté à l'hôpital Lariboisière. (*L'Epoque* du 7 juillet 1900.)

Par la fenêtre. — Le nommé Gustave Marie, cinquante ans, journalier à Lisieux, se croyant poursuivi par des individus qui voulaient le guillotiner, s'est jeté par la fenêtre du 2e étage. Il a été relevé dans un triste état. (*Bonhomme Normand*, 10 août 1900.)

LES DRAMES DE L'ALCOOLISME.

Le nommé Etienne Portes, quarante-six, d'Estadens (Haute-Garonne), un alcoolique, a tué à coups de hache, sa mère âgée de soixante-quinze ans, et son fils âgé de seize ans. (*Le Bonhomme Normand*, 15 au 21 juin 1900.)

— Le nommé Rouveyrol, écroué à la prison de Toulon pour *ivresse*, a été tellement battu par les gardiens qu'il a succombé à

ses nombreuses blessures. (*Le Bonhomme Normand*, 15 au 21 juin 1900.)

Victimes de l'alcool. — Le sieur Amand Evroult, soixante ans, ouvrier cordonnier à Pont-l'Evêque, s'est pendu dans son logement. Le désespéré, qui était un *alcoolique invétéré*, avait fréquemment manifesté son intention de mettre fin à ses jours.

— Après avoir abominablement bu, Jean Le Scaut, trente-un ans, domestique à Saint-Pierre-sur-Dives, monta se coucher; il n'eut même pas la force de grimper dans son lit et tomba comme une masse sur le parquet, où on le trouva mort, victime d'une congestion due à son état d'ivresse.

— Charles David, vingt-un ans, soldat au 22e d'artillerie, en convalescence chez ses parents à Meulles, près Orbec, avait un penchant pour la boisson. A la suite d'une remontrance que lui fit son père ces jours derniers, David, s'asseyant sur une chaise, se plaça sous la gorge le canon de son fusil et pressa la détente. Le malheureux tomba foudroyé. (*Bonhomme Normand*, 15 au 21 juin 1900.)

— La veuve Desabeye, quatre-vingt-cinq ans, rentière, vivait au Saussay (Seine-Inférieure) avec sa bru. Celle-ci se livrait à la boisson; *sa raison en était altérée*. Dans un moment d'ivresse, elle a tué la pauvre vieille, puis elle est allée se noyer. (*Le Bonhomme Normand* du 26 juillet.)

Les effets de l'alcool. — Abel Juhellé, trente-neuf ans, est né à Vire où il s'est marié. Depuis deux ans, il était divorcé. Il habitait Bréhal (Manche), où il exerçait la profession de tricoteur, encore en usage dans la Manche. Tout ce que Juhellé gagnait était dépensé en boisson. A force de boire, sa raison s'en alla et, en ces derniers temps, il se croyait poursuivi par des fantômes et par une fille-mère du pays qu'il connaissait. Enfin, il s'est tué en se tirant deux coups de revolver dans la poitrine, en présence de sa propriétaire, sous prétexte qu'elle voulait le mettre dehors de son logement. (*Le Bonhomme Normand* du 26 juillet.)

— Le sieur Charles Grieux, soixante-douze ans, avait pour maîtresse une femme mariée nommée Porphiled, trente-trois ans, qu'il avait logée dans une petite maison voisine de celle de son fils, avec lequel il habitait à Vesly (Eure). Cette femme s'enivrait chaque jour et avait des relations avec Paul Delaistre, braconnier renommé. La femme Porfiled lui ayant fermé sa porte, Delaistre qui était ivre, mit le feu dessous. Effrayée par la fumée, la femme sortit. Delaistre lui tira un coup de fusil dans le dos et déchargea le second coup de son arme sur le vieux Grieux qui venait au

secours de sa maitresse. Celle-ci est blessée grièvement. Grieux fut tué net. Delaistre ne se souvient de rien. (*Bonhomme Normand*, 10 août 1900.)

LES DANGERS DE L'HYPNOTISME.

Mme Pauline Chevillon, âgée de trente-six ans, femme d'un employé de chemin de fer, demeurant 98, rue Claude-Decaen, se trouvait seule avec son fils, l'avant-dernière nuit, son mari étant à son travail ; elle se leva vers quatre heures du matin, se rendit dans la chambre de son fils Roger, âgé de onze ans, lui ordonna de s'habiller et de passer dans la salle à manger. Comme le gamin arrivait dans cette pièce, il entendit sa mère ouvrir la fenêtre; puis un cri s'éleva, et ce fut le bruit d'une chute sur le pavé de la rue. L'enfant se précipita dans la chambre et par la baie aperçut le corps de sa mère gisant sur le sol. Prévenu aussitôt, le concierge, M. Dreyer, releva Mme Chevillon; la malheureuse s'était tuée sur le coup.

M. Chevillon, interrogé sur les causes de ce drame, raconta qu'il y a six mois environ, étant avec sa femme et la sœur de cette dernière chez des amis à Villeneuve-Saint-Georges, celles-ci s'étaient prêtées à des expériences d'hypnotisme et de magnétisme, et que, depuis cette époque, toutes deux avaient donné des signes de troubles cérébraux ; que sa belle-sœur était depuis deux mois environ internée à l'asile de Saint-Anne, et que la terrible fin de sa femme devrit être attribuée à la folie. M. Brunet, commissaire de police, a ouvert une enquête. (*Le Radical*, 17 juin 1900.)

HYPNOTISME (?)

Une affaire extraordinaire. — Nous avons déjà, à plusieurs reprises, parlé d'une singulière affaire dans laquelle une bonne, la demoiselle B..., était accusée par sa jeune maîtresse, Mlle G..., de l'avoir poussée sous l'influence de l'hypnotisme, à la prostitution et d'avoir vécu du produit de son inconduite. Plusieurs médecins, MM. Vallon, Séglas et Legras, furent chargés d'examiner la demoiselle G..., afin de savoir si elle avait obéi à une influence extranaturelle. Ils conclurent négativement. Un incident très grave vient maintenant se greffer sur cette curieuse affaire; la demoiselle B..., la domestique, accuse Mlle G... de s'être fait avorter avec le concours d'un médecin célèbre, qui est à la fois homme politique et membre de l'Académie de médecine. La bonne affirme tenir ce fait de Mlle G... elle-même ; l'avortement aurait eu lieu au cours d'un séjour que fit Mlle G... à Dieppe. — Jeudi, M. Basly, juge d'instruction, confrontera dans son cabinet le médecin incriminé et un de ses confrères avec Mlles G... et B... (*Le Radical* du 3 janvier 1900).

SUICIDES D'ENFANT.

Le jeune Auguste Folliot, treize ans, domestique, à Formigny, près Trévières, s'est pendu à un pommier dans le jardin de ses maîtres, les époux Julien. Le nœud coulant se trouvait à environ 80 centimètres du sol et les genoux du malheureux enfant touchaient presque la terre. On ignore les motifs qui ont poussé le jeune Folliot à cet acte de désespoir. Mais l'idée de se donner la mort devait être chez lui bien arrêtée, car, il y a cinq semaines environ, il avait tenté de s'étrangler ; depuis, il avait déclaré qu'il se porterait un coup de couteau. (*Le Bonhomme Normand*, 15 au 21 juin 1900.)

Enfant suicidé par nostalgie. — Les époux Alphonse, ne trouvant plus de travail à Calais, avaient quitté cette ville pour la région des mines, où le mari trouva à s'embaucher. L'un des enfants, la petite Elise, âgée de treize ans, ne put se faire à sa nouvelle résidence. Elle éprouva un tel ennui qu'elle manifesta fréquemment à sa mère le désir de revenir à Calais ou qu'elle chercherait à en finir avec l'existence. L'on ne prit pas garde à cette menace d'enfant. L'on vient de trouver la petite Elise pendue dans le grenier au domicile de ses parents, à Bruay. (*Le Temps*, du 12 août 1900.)

Hôpital des maladies mentales de Pierrefeu. — 39e concert offert aux pensionnaires le 10 juin 1900, à 5 heures du soir, avec le concours de la musique de l'établissement : Marche des Petits Troupiers, Désormes. — Faust, fantaisie, Gounod. — L'Eblouissante, mazurka pour clarinette, Bousquier. — Retraite croate, E. Marie. — Les Cloches de Corneville, mosaïque, Planquette. — Aux Trois Suisses, polka, Bonnechope. (*Le Petit Var*, 11 juin 1900.)

FAITS DIVERS.

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Nominations et promotions :* M. le Dr LIGIER, sous-directeur à la maison nationale de Charenton, est nommé directeur de l'asile public d'aliénés à Montdevergues (Vaucluse); — M. le Dr JOSSERAND, directeur de l'asile de Montdevergues, est nommé directeur de l'asile de Cadillac (Gironde) en remplacement de M. GAUCKLER décédé; — M. le Dr TRUELLE, concours de Paris, est nommé médecin-adjoint à Dun-sur-Auron; — M. le Dr LWOF,

médecin-adjoint à Dun-sur-Auron, est nommé médecin en chef à Ainay-le-Château.

M. le Dr Dide reçu au concours de l'adjuvat de 1900 (région de Paris) est nommé médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés de Saint-Méen, Rennes (Ille-et-Vilaine), en remplacement de M. le Dr Croustel appelé aux mêmes fonctions à l'asile public d'aliénés de Quimper; — M. le Dr Pochon reçu au concours de l'adjuvat de 1900 (région de Paris) est nommé médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés de Lesvellec (Morbihan) en remplacement de M. le Dr Singer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Annuaire de l'internat en médecine des Asiles publics d'aliénés du département de la Seine publié par l'Association amicale des internes et anciens internes pour 1900. — Brochure in-12 de 79 pages. — Paris, chez le Dr Antheaume, 6, rue Scheffer.

Archives of neurology from the pathological laboratory of the London county asylums Claybury. Essex. Edited by F.-W. Mott. — Volume in-8° de XII-552 pages, avec nombreuses figures et 10 planches hors texte. — Prix : 18 fr. 75. — London, 1900. — Asylums Committee office.

Asile public d'aliénés de Saint-Yon. — Rapport médical pour l'année 1899. — Brochure in-4° de 24 pages. — Rouen, 1900. — Imprimerie L. Gy.

Asile public d'aliénés de Quatre-Mares. — Rapport médical pour l'année 1899. — Brochure in-4° de 19 pages. — Rouen, 1900. — Imprimerie Blondel.

Babinski (J.). — *Diagnostic différentiel de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique.* — Brochure in-8° de 40 pages, avec 12 figures. Paris, 1900. — Extrait de la *Gazette des hôpitaux.*

Babinski (J.). — *De l'asynergie cérébelleuse.* — Brochure in-8° de 10 pages, avec 8 figures. — Paris, 1900. — Extrait de la *Revue neurologique.*

Babinski (J.). — *Sur un cas d'hémispasme* (Contribution à l'étude de la pathogénie du torticolis spasmodique). — Brochure in-8° de 5 pages. — Paris, 1900. — Extrait de la *Revue neurologique.*

Babinski (J.). — *Sur le prétendu réflexe antagoniste de Schaefer.* — Brochure in-8° de 2 pages. — Paris, 1900. — Extrait de la *Revue neurologique.*

Bonnier (P.). — *L'orientation* (n° 9 de la *Bibliothèque Scientia*). — Volume in-8°, cartonné de 90 pages. — Prix : 2 francs. — Souscription à 6 fascicules : 10 francs. — Paris, 1900. — Librairie Carré et Naud.

Bourneville. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie,* Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'année 1899. Publié avec la collabo-

ration de MM. Bellin, Boyer, Chapotin, Dardel, Katz, Noir (J.), Paul-Boncour et Poulard. — Tome XX de la collection. In-8° de CLXXXIV-292 pages, avec 76 *figures* dans le texte et XIII PLANCHES hors texte. — Prix : 8 francs. Pour nos abonnés : 6 francs.

DAGNINI (G.). — *Sopra una forma non comune di anestesia dolorosa di origine isterica.* — Brochure in-8° de 39 pages. — Firenze 1900. — *Rivista critica di Clinica medica.*

Fifth annual report of the board of managers of the Rome State Custodial asylum at Rome N. Y. for the year ending septembre 30, 1899. — Brochure in-8° de 65 pages. — Albany, 1900.

JONKOVSKY. — *Rachitisme en Russie.* — Brochure in-8° de 47 pages, avec 111 figures. — Saint-Pétersbourg, 1900. — Imprimerie de la Société *Narodnaïa Polza.*

JORGE (R.). — *La peste bubonique de Porto*, 1899. Sa découverte, premiers travaux. — Volume in-8° de 78 pages, avec 6 planches et un plan de la ville hors texte.

KRAFFT-EBING (R. von). — *Médecine légale des aliénés.* (Édition française traduite sur l'édition allemande et annotée par le Dr A. Rémond.) 1er fascicule : *Partie criminelle.* — Volume in-8° de XIV-544 pages. — Prix de l'ouvrage complet en deux parties : 20 francs. — Paris, 1900. — Librairie O. Doin.

MARKOVA (K.). — *Contribution à l'étude de la perception stériognostique.* — Brochure in-8° de 82 pages. — Genève, 1900. — Librairie Eggimann et Cie.

PAON (F.). — *Résultats éloignés de la trépanation dans l'épilepsie.* — — Volume in-4° de 48 pages. — Paris, 1900. — Jouve et Boyer.

POHL. — *Remerkung über die Haare der Negritos auf den Philippinen.* — Brochure in-8° de 2 pages. — Iena, 1900. — G. Fischer.

POHL. — *Die mikroskopischen Veränderungen am menschlichen kopfhaurunter dem Einfluss nervöser Evregungen.* — Brochure in-8° de 5 pages. — Weimar, 1900. — Librairie G. Steinert.

Rechenschaftsbericht über die Zürcherische Kantonale Irrenheilanstalt Burghölzi. — Brochure in-8° de 43 pages. — Zurich, 1900. — Buchdruckerei Berichthaus.

RÉGNIER (P.). — *Les instituts Zander et la mécanothérapie.* — Brochure in-8° de 32 pages. — Paris, 1900. — Libraires associés.

SAJOUS (Ch.-M.). — *Annual and analytical cyclopaedia of practical medicine.* — Tome V, volume en deux parties reliées formant ensemble V-662 pages, avec planches et figures. — Philadelphia, 1900. — Davis Cy. Il s'agit là d'une très belle publication sur laquelle nous ne saurions trop appeler l'attention de nos lecteurs.

SBROCCA (F.). — *Manuale di pedagogia speciale per l'educazione dei bambini od anormali ad uso degli apprendisti delle R. scuole normali del Regno.* — Volume in-18 de 143 pages. — Alessandrin, 1900. — Istituto pei Sordomuti.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 9-1900.

Vol. X. Octobre 1900. N° 58.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

THÉRAPEUTIQUE.

De l'alitement (repos au lit) dans le traitement des formes aiguës des maladies mentales et les modifications qu'il pourrait entraîner dans l'organisation des établissements consacrés aux aliénés ;

Par S. S. KORSAKOV,
Professeur à l'Université de Moscou.

Communication faite à la section de psychiatrie du XIIIe Congrès international de Paris.

(Présenté par M. SERBSKI.)

La question de traitement des aliénés par l'alitement prolongé a fait dans les derniers temps d'immenses progrès, ce que nous devons surtout aux indications des aliénistes allemands. Beaucoup d'auteurs ont consacré leurs travaux à cette question, mais je ne veux pas entrer dans les détails de tout ce qui a été fait sous ce rapport, puisque on peut trouver les indications bibliographiques nécessaires dans les travaux des auteurs français, MM. Keraval[1], Pochon, Sérieux et Farnarier, etc. Cependant, comme rapporteur de la Russie, je crois de mon devoir de décrire en quelques mots l'évolution de la question parmi les aliénistes russes.

Comme partout, le repos au lit était depuis longtemps appliqué comme moyen thérapeutique dans les asiles d'alié-

[1] *Progrès médical*, n° 25, 1898.

nés russes, mais seulement dans des cas isolés. Ce n'est qu'en 1892 que la nécessité d'une application systématique du régime au lit a été pour la première fois proclamé dans la littérature russe par le docteur A. V. Timoféiew, qui avait appris à connaître cette méthode à Leubus, chez M. Clemens Neisser. Le docteur Timoféiew introduisit ce régime à l'asile Alexandre III, près Saint-Pétersbourg et en 1896 il nous a fait part dans un petit mémoire des bons résultats qu'il en a eus. Mais un intérêt particulièrement vif a été excité en Russie pour le régime en question par les communications du docteur A.-A. Govséiew, faites à la fin de 1895 et 1896 : l'une à la Société des Neuropathologistes et des Aliénistes de Moscou, l'autre au Congrès des médecins russes à Kiew. Le docteur Govséiew a été frappé des résultats de ce régime qu'il a réussi à appliquer dans l'asile des aliénés, pauvre et encombré, d'Ekaterinoslaw : il s'est établi dans l'établissement un ordre sans précédent; il y a eu possibilité de se passer complètement d'isolement des malades dans les cellules, les pavillons isolés antérieurement pouvaient être convertis en des chambres pour des malades tranquilles.

Bien que le régime au lit était appliqué en 1895 également à la clinique psychiatrique que je dirige et où, comme le montre l'article de M. Bernstein, paru en 1896, on pouvait de même, grâce à lui, tout à fait renoncer à la mise des malades dans des quartiers de cellules qui depuis ce temps restent complètement inoccupées, l'expérience de la clinique, comme d'un hôpital en petit et particulièrement bien organisé ne pourrait cependant pas être aussi concluante que celle du docteur Govséiew dont les rapports ont ainsi inspiré toute une série de communications sur la question. Il s'en suivit un grand nombre d'articles des docteurs Levtchatkine, Yourman, Lion, Kostezki et Yochtchenko, qui communiquaient les résultats du repos au lit appliqué dans des grands hôpitaux, et du Professeur Bechterew et de ses élèves, MM. Ossipow et Trapeznikow, qui avaient fait des recherches relatives à ce régime, sur les malades de la clinique psychiatrique de Saint-Pétersbourg, où il avait été introduit depuis le mois de septembre 1896. L'intérêt des aliénistes russes pour ce régime grandissait toujours et cette question fut mise à l'ordre du jour à la section des maladies nerveuses et mentales au Congrès des Médecins russes, en mai 1899. Les rapporteurs

en étaient le professeur Tschisch et le docteur Ossipow[1].

Les articles des auteurs énumérés aussi bien que les débats qui avaient eu lieu plus tard au congrès, ont fait ressortir le fait que les aliénistes russes considèrent ce régime comme une mesure très importante qui contribue énormément au bon ordre de l'asile d'aliénés surtout si on l'applique aux malades agités. Cependant il y a eu une assez grande divergence d'opinions dans l'appréciation de différents côtés du régime d'alitement. Les uns pensaient que l'introduction du régime en question créait une nouvelle ère dans la psychiatrie et était le dernier mot dans la lutte séculaire pour la liberté des aliénés; que l'on pouvait, par ce régime, transformer tout asile d'aliénés encombré et négligé en un hôpital bien rangé et bannir complètement l'isolement dans les cellules, — voire même, décentraliser, grâce à cette méthode, la psychiatrie et traiter presque tous les aliénés dans les salles des hôpitaux ordinaires et à domicile. D'autres étaient d'un avis différent : ils avançaient qu'en appliquant avec insistance ce régime on était conduit aux abus — les malades seraient parfois maintenus de force par quatre ou cinq gardiens pendant quelques jours, leur corps se couvrirait d'ecchymoses, et c'est pourquoi le régime au lit largement et fermement appliqué était un retour au système « restreint »; on ajoutait que l'attention portée un moment sur ce régime, était un des nombreux entrainements et qui commençait déjà à passer. Entre ces deux opinions extrêmes il y a eu celle de ceux qui, tout en attribuant au régime du lit une grande valeur dans le traitement des maladies agitées, insistaient sur ce qu'il y aurait de préjudiciable à généraliser son application et que pour cela il y aurait nécessité à faire des indications et contre-indications à son sujet. Enfin, qu'en se servant de ce régime, il n'y avait pas lieu de dédaigner les autres méthodes qui avaient été déjà d'une utilité incontestable dans l'assistance des aliénés, par exemple, le régime de travail.

Outre ces points principaux, même divergence d'opinions sur ce qui concerne la mode même de l'application du régime

[1] Les indications bibliographiques et historiques nécessaires ayant trait à l'étude du régime d'alitement fait par les aliénistes russes, ont été données par moi dans un autre article. (*XIII[e] Congrès international de médecine*. Paris, Masson et C[ie], éditeurs, 1900.)

au lit. Ainsi, les uns pensaient qu'il devait avoir pour condition absolue l'organisation d'un quartier d'observation, où seraient mis tous les excités qui demandent à être particulièrement surveillés et tous les malades nouvellement arrivés; d'autres disaient que c'était faux de mettre ainsi les malades de différentes catégories ensemble; les uns insistaient sur la nécessité d'éviter absolument l'isolement pendant ce régime. tandis que les autres l'admettaient à la rigueur; les uns disaient qu'il y avait lieu de se servir alors des salles communes, les autres, que le meilleur moyen du régime d'alitement était, au contraire, dans des chambres séparées aux portes qui ne ferment pas; les uns admettaient l'usage de telles mesures, comme le maintien au lit par des infirmiers, l'emploi des enveloppements humides et secs, de quelques médicaments sédatifs puissants tels que la duboisine, l'hyoscine, les autres considéraient tout cela barbare ; enfin les uns voyaient dans le régime au lit un puissant moyen thérapeutique qui bien que ne guérissant pas la maladie même, en adoucissait énormément les manifestations, tandis que les autres lui refusaient toute valeur thérapeutique.

On voit d'après tout cela que les aliénistes russes étaient en train d'émettre à peu près les mêmes opinions que ceux des autres pays et que les avis concernant le régime au lit et son application étaient aussi différents que partout ailleurs.

En analysant les opinions émises, je trouve que la différence d'avis tient d'une part à l'exclusivisme de l'expérience personnelle, d'autre part à ce qu'on n'entendait pas toujours la même chose par le régime au lit; tandis que les uns en parlaient comme d'un « système » dans l'organisation générale de l'asile, d'autres ne le considéraient que comme un procédé thérapeutique dans les cas isolés. Cependant ces deux côtés de la question doivent être bien distincts.

Par un « système » dans le traitement des aliénés nous voulons dire tout un ensemble de mesures qui ont pour but de régler, pour ainsi dire, la manière de vivre des pensionnaires des asiles d'aliénés. Tels sont le système d'influence morale », le « système du No-Restraint », le « système des portes ouvertes », le « système du régime ouvrier ». Par analogie et particulièrement grâce aux indications de M. Cl. Neisser il s'est formé le « système du repos au lit ».

Les éléments faisant partie de ce système ne sont pas

encore, d'ailleurs, assez exactement définis, ce qui contribue en partie à ce que les avis sont différents. Pour ma part, je crois que ce système comprend principalement ceci : 1° l'usage du lit est considéré comme un élément essentiel du traitement, et la durée du séjour au lit est établie pour chaque jour suivant les indications et contre-indications et qui changent d'un individu à l'autre ; 2° le séjour au lit des malades s'obtient non pas par violence, mais par influence morale (persuasions, douceurs, rappels) et par l'effet suggestif du milieu hospitalier ; 3° une partie intégrante obligatoire du système d'alitement doit être une organisation spéciale de la surveillance des malades.

J'y ajouterai volontiers de mon côté : 4° que l'usage des cellules doit en être exclu. Cependant, vu que plusieurs de nos confrères, tout en appliquant systématiquement le repos au lit, se servent également de cellules, je pense que le refus de se servir par principe des cellules n'est pas une condition fondamentale du système en question.

Il va sans dire qu'ici, comme dans tout autre système appliqué à la psychiatrie, il y a, à côté des éléments principaux, une foule de détails, tels que, par exemple, l'amélioration de l'observation clinique et, comme conséquence, une meilleure application des différents moyens thérapeutiques. Arrêtons-nous sur chacun des points que j'ai avancés.

I. Je crois que le système d'alitement à l'asile est réglé d'après l'examen de chacun des malades en traitement et qu'on s'était bien posé la question, dans quelle mesure le régime au lit convenait à tel ou tel malade. Dans certains cas, il faut un repos au lit prolongé, presque constant pendant quelques semaines et même des mois, dans d'autres, ce repos se réduit au minimum, par exemple, le malade ne reste au lit que la nuit et le matin jusqu'à la visite du médecin. Ce dernier établit, comme toute autre mesure thérapeutique, la durée du séjour au lit et combien il doit être continu. Je crois que *les indications précises sur la durée et le mode d'application du repos au lit écarteraient bien des objections essentielles qui se font à ce système*. Chez nous, on divise, d'après la durée, le régime au lit, de la façon suivante :

1° Le régime au lit absolu, lorsqu'on veut que le malade soit constamment au lit. Il arrive certainement que le malade se lève brusquement, se met à marcher, alors on lui rappelle

qu'il ne doit pas le faire ; dans la plupart des cas, les malades, même astreints au régime absolu, sont autorisés à aller aux cabinets (après avoir préalablement mis leur robe de chambre) ou à se servir d'une chaise percée. Il n'y a que les malades très faibles sous lesquels on passe le vase. Il va sans dire qu'il n'y a point d'infraction au régime, si le malade est *assis* dans son lit. La position horizontale continue n'est exigée que dans des cas peu nombreux. Le régime au lit absolu, appliqué dans les psychoses aiguës, ne doit pas durer longtemps : il ne faut pas oublier qu'il a alors souvent de mauvaises suites. C'est pourquoi dans la plupart des cas, même chez les malades très agités, mais apyrétiques, on ne s'en sert pas plus de quelques jours, mais on est obligé de prolonger davantage ce régime chez les malades fébriles ou souffrant de maladies somatiques ;

2° Le repos au lit avec l'autorisation de s'asseoir pendant le dîner, sur la chaise qui se trouve près du lit ou de la table ; les malades, pendant ce temps, passent également un léger vêtement de dessus ;

3° Le repos au lit avec l'autorisation de faire une promenade une ou deux fois par jour. Les malades, avant de sortir, mettent leurs vêtements ; puis, une fois rentrés, ils se déshabillent et se couchent de nouveau ;

4° Le régime au lit avec l'autorisation des promenades et d'un séjour dans les salles communes pendant le dîner et le souper ou bien pendant quelques heures entre ces deux repas ; la durée du séjour hors du lit est fixée très exactement ;

5° Le repos au lit jusqu'à la visite du matin du médecin. Ensuite, si ce dernier l'autorise, il est permis au malade de rester toute la journée hors du lit. La plupart du temps de tels malades, surtout dans les premiers temps, se recouchent pendant la journée, selon leur propre désir. Beaucoup d'eux se reposent également après le bain.

6° Enfin, il y a des cas plus ou moins nombreux dans lesquels les malades sont autorisés, par le médecin, à se lever avant sa visite. Ce sont quelques convalescents et des malades chroniques tout à fait calmes qui s'occupent de travaux. Ces malades sont ordinairement placés dans des salles à part pour ne pas provoquer, à cause de leur régime, de protestation chez d'autres malades. S'ils sont plusieurs, ils sont mis

dans des pavillons particuliers et constituent la colonie ouvrière.

Il va sans dire qn'une telle classification des malades d'après la durée de leur séjour au lit, doit se faire sans pédantisme paralysant, ni sévérité extrême : il faut toujours avoir présent à l'esprit que c'est le régime qui existe pour le malade, et non pas le malade pour le régime.

Il s'ensuit de ce qui vient d'être dit que le « système » du régime au lit peut être appliqué même alors qu'il y a, à un moment donné, très peu de malades astreints constamment à ce régime, que cela tient à l'assortiment même des malades ou bien à d'autres conditions. Le principe du système du traitement par le repos au lit sera tout de même observé si le médecin établit bien chaque fois la durée du séjour au lit pour chaque individu et que la nécessité de considérer l'état du malade sous ce rapport pénètre tout le personnel du service ainsi que les malades eux-mêmes.

II. Quant au second point fondamental du régime au lit, je crois que le milieu doit contribuer à ce que le malade se couche volontairement. Pour cela, il faut d'abord une organisation bien ordonnée, ensuite que les gens du service et la plupart des malades aient tous la conscience de la nécessité de cette mesure. Cette conscience collective est élaborée par le but tracé d'avance, les procédés définis et les rapports méthodiques, et, de son côté, favorise le perfectionnement de tous les moyens qui contribuent à ce que les malades, même les plus agités, prennent l'habitude du lit. Parmi les facteurs qui agissent dans ce sens, est celui-ci, à savoir que l'on engage chaque malade nouvellement arrivé à se mettre au lit, et le temps qu'il y séjournera dépend uniquement de son état de santé apprécié par le médecin; les malades ne gardent que leur linge de corps et sont couchés de préférence dans les salles communes. C'est l'expérience et l'intelligence du personnel surveillant qui dictent l'ordre de la répartition des malades. Dans la plupart des cas, l'effet suggestif du milieu sur la sphère psychique du malade est tel qu'il reste couché sans protestation. Chez les malades agités il n'est pas rare de voir que les premiers jours ils s'y obstinent un peu, mais cela dure ordinairement très peu, un jour ou deux, après quoi ils se couchent de leur propre chef. Il en est ainsi

dans la plupart des cas, lorsque le malade se trouve dans la salle commune.

Cependant il y a, incontestablement, des cas où le malade proteste beaucoup contre ce régime. On se comporte alors différemment avec lui : tantôt il est isolé, mais ayant la liberté des mouvements dans sa chambre, tantôt il est maintenu au lit.

Plusieurs des aliénistes s'élèvent avec raison contre le *maintien au lit par des infirmiers :* il irrite souvent les malades ne pouvant souffrir aucun contact, augmente l'excitation, s'accompagne de lésions, comme meurtrissures, ecchymoses, et constitue par lui-même une violence grossière. — C'est pourquoi beaucoup le repoussent absolument. Quant à moi, il faut que je dise que je ne crois pas que l'on ne doive jamais user de ce moyen : il est nécessaire lorsque le malade tend à se faire des lésions importantes, il est quelquefois également nécessaire pour que le malade reste au lit. Il y a des malades pour lesquels le repos au lit est une indication vitale (des malades fortement excités, avec une température élevée, disposés à un épuisement rapide). Dans des cas pareils il est préférable de recourir au maintien que de laisser le malade dépérir dans la chambre isolée. Mais si j'admets dans quelques cas isolés le maintien des malades au lit par les infirmiers, je ne saurais trop insister sur ce qu'il est provoqué uniquement par des *indications exceptionnelles* et n'entre nullement comme élément dans le *système* d'alitement, comme n'entre pas non plus dans le système de No-Restraint la camisole en cas de lésions chirurgicales, bien qu'elle soit admise dans les établissements où ce système se pratique. Et de même que dans le système du « No-Restrain » on arrive à la fin des fins à ne pas être forcé de recourir à la camisole pour les malades chirurgicaux, de même, en imposant progressivement le régime au lit régulier, on finit par être de moins en moins obligé de faire maintenir les malades dans leur lit.

III. L'organisation d'une surveillance régulière constitue le troisième élément fondamental du système d'alitement. Quelques-uns croient précisément que ce qui caractérisait le nouveau système, c'est qu'il se pratiquait dans le soi-disant « quartier d'observation », où l'on mettait tous les malades qui

exigeaient une surveillance particulière, les dangereux ainsi que les faibles, avec des maladies aiguës et tous ceux qui venaient d'entrer à l'asile. Je considère également l'organisation spéciale de la surveillance comme un élément nécessaire du système en question, mais l'essentiel pour moi, c'est que tous les gens du service et les malades se pénètrent de la notion qu'il faut une surveillance qui ne porte pas tant le caractère d'une surveillance de garde, mais qui se traduit plutôt par des soins ou une façon *d'observer*, *de guetter* les différentes manifestations de la maladie, les psychiques entre autres, bien entendu. Je considère comme faux de concentrer les soins de ce genre seulement dans les quartiers d'observation. Ils doivent être répartis dans tout l'asile, et non pas dans un ou deux pavillons d'observation. Je suis complètement d'accord avec ceux qui croient que l'entassement dans la même salle des malades de nature très différente puisse être pénible pour bien des malades, et alors la division du local par des paravents mobiles ou des cloisons n'allant pas jusqu'au plafond ne fait pas grand'chose. Il est beaucoup plus pratique d'avoir pour les malades qui agissent mal l'un sur l'autre, des locaux différents dans lesquels la surveillance et les soins sont également constants et ponctuels. Avec un régime d'alitement bien organisé, cela ne demande pas d'agmentation du nombre des infirmiers; il faut seulement que les locaux soient disposés de façon à ce que les infirmiers en réserve puissent rapidement arriver à l'endroit où l'on en aurait le plus besoin.

Les quelques malades qui sont excités par la présence d'autres malades ou qui sont agressifs, doivent être traités dans des *chambres à part* qui n'ont cependant rien de commun avec les cellules habituelles. Nous avons des confrères, le professeur Betcherew et ses élèves, par exemple, qui considèrent que le régime au lit dans des chambres séparées, aux portes ouvertes, est préférable à celui dans des salles communes. Mais je suis d'un autre avis : le *système* de régime au lit réussit particulièrement bien et produit son puissant effet précisément là où on l'applique dans des *salles communes*. Dans les maisons de santé privées où les malades ont des chambres à part, l'effet n'est plus le même. Il va sans dire qu'on doit avoir dans chaque asile des pièces pour une personne, mais ce n'est pas la base du système du

régime au lit. En outre, la surveillance dans les chambres séparées a souvent un caractère importun, agaçant, tandis que, dans les salles communes, répartie qu'elle est sur plusieurs malades, elle a plutôt l'air de soins prodigués.

IV. Je disais plus haut que j'aurais volontiers ajouté au nombre des éléments fondamentaux du système d'alitement, la condition absolue de mettre hors d'usage les chambres isolées d'ancien type. Je crois qu'il n'y a rien qui favorise si fortement le développement du régime au lit que la décision prise de ne point se servir de telles chambres. Ainsi que la résolution formée de ne plus employer la camisole de force a créé toute une série de moyens, qui appartiennent au côté dit positif du système No-Restraint, il en est de même du rejet de l'usage de chambres isolées (j'ai en vue les cellules de l'ancien type) qui doit faire naître une série de mesures positives et le perfectionnement du système en question. C'était précisément l'idée qui nous guidait, nous, le docteur Govséiew à Ekaterinoslaw, par exemple, et moi à la clinique de Moscou, et nous avons réussi l'un et l'autre à faire tomber l'isolement cellulaire en désuétude complète. Cependant beaucoup d'honorables aliénistes ne croient pas possible de le bannir complètement et s'en servent à côté du régime au lit. C'est pourquoi je renonce à considérer le non-usage des cellules comme un élément indispensable du système d'alitement.

Le système du repos au lit bien organisé a des *avantages* incontestables. Comme ils sont connus de tout le monde, je n'en énumérerai que les principaux : l'augmentation de l'ordre extérieur et de la bonne organisation des asiles, surtout de ceux qui sont pauvrement montés et très encombrés; la diminution de conséquences défavorables de l'isolement, les soins étant devenus plus faciles, une plus grande garantie de la sécurité, l'amélioration de l'observation clinique et du traitement des malades; d'autres y ajoutent : l'augmentation du nombre des guérisons, la réduction du coût d'assistance et la simplification du traitement par la « décentralisation de la psychiatrie », car le régime au lit donnerait la possibilité de soigner ces malades dans des salles qui leur serait assignées aux hôpitaux, mais ce dernier point est encore contestable.

A côté des partisans entraînés du régime au lit qui y voient

un très puissant moyen dans le traitement des aliénés, capable de convertir tout asile d'aliénés défectueux en un hôpital bien organisé, il existe assez de sceptiques qui regardent le nouveau régime comme un entraînement et même un pas en arrière en psychiatrie. Bien que je doive reconnaître que beaucoup des objections que font les adversaires du régime sont judicieuses, il n'en est pas moins vrai que tous les reproches ont trait non pas au système même, mais aux *abus* qu'il entraîne.

En effet, il peut y avoir des abus avec le régime au lit. — Le premier que je voudrais signaler c'est que ce système prédispose beaucoup à l'inactivité, au quiétisme, non seulement les malades, mais aussi les médecins. C'est qu'effectivement, très souvent, avec ce régime on prête très peu d'attention à tout ce qui pourrait éveiller l'énergie psychique du malade, on pense peu à ce qui pourrait utilement l'occuper, aux distractions. On dit même par une sorte d'opposition : le régime au lit serait propre aux maladies aiguës, le régime ouvrier aux maladies chroniques. C'est tout à fait inexact. Presque tous les malades, après une certaine période, parfois courte, de leur maladie aiguë, ont besoin d'une stimulation intelligente de leur énergie psychique, et non pas d'une dépression de cette énergie. On dit couramment : les maladies mentales sont des maladies comme celles du corps, et si le repos est nécessaire aux dernières, il en est de même aux maladies mentales, mais on ne tient pas compte du fait que même dans le traitement des maladies somatiques on s'adresse souvent aux exercices et aux mouvements appropriés. Ceux de nos collègues, qui prennent plaisir à noter que sous le régime d'alitement les asiles d'aliénés ressemblent beaucoup aux hôpitaux somatiques, ont l'air d'oublier que ce n'est pas toujours un éloge qu'ils leur font : ainsi, dans un asile d'aliénés bien organisé, il doit se faire pour les malades beaucoup plus que dans les hôpitaux somatiques qui manquent même parfois de jardins pour les promenades, et sous ce rapport ce n'est pas aux établissements consacrés aux aliénés que d'imiter les hôpitaux somatiques, mais bien le contraire.

Ce qui concerne la prédisposition à l'inactivité (le quiétisme), elle n'est pas une conséquence nécessaire du système du régime d'alitement. C'est un abus ou un malentendu. Ça

ne doit pas arriver si le régime est bien réglé, comme je l'ai indiqué plus haut. On n'a recours au repos au lit absolu, qu'après avoir bien pesé toutes les indications et les contre-indications et on le remplace aussitôt que possible par le repos modéré ; ainsi on arrive parfaitement à combiner ce système avec le régime ouvrier ainsi qu'avec l'influence morale qui réveille l'énergie.

La seconde objection que l'on fait au système en question c'est que, en cas, qu'il est suivi par de la contention forcée par les infirmiers ou bien par des enveloppements, etc., il est un retour au *système restreint*. Mais, comme je le disais plus haut, le régime au lit bien organisé n'a presque rien de commun avec la contention, comme élément du système. Le maintien par les infirmiers n'est effectué que s'il y a une indication individuelle, ce qui peut arriver avec n'importe quel système, ou bien il n'est qu'une irrégularité ou un abus. — Mais on ne peut certainement pas nier que cette mesure provoque parfois des protestations de la part des malades et ne soit pas par conséquent un objet de vexation : mais pour le moment nous ne pouvons pas encore, dans le traitement de tous les aliénés, leur éviter toute vexation, du moins dans la plupart des hôpitaux : le placement lui-même à l'hôpital en est souvent une.

La troisième objection à faire, c'est que ce n'est pas encore suffisamment clair *à quel point le repos au lit prolongé puisse en général être utile ou nuisible*, et cependant plusieurs de nous considèrent comme élément principal de ce régime le séjour au lit prolongé pendant des mois et qu'il soit presque absolu. Mais j'ai eu déjà l'occasion de dire, que l'examen rigoureux de chaque cas particulier est indispensable et doit nous guider dans les indications du régime, comme d'un *moyen thérapeutique.*

Il est vrai que les indications et contre-indications du repos absolu comme *moyen thérapeutique* chez les aliénés n'ont pas encore de base scientifique rigoureuse. Si étrange que cela paraisse, il en est pourtant ainsi : depuis les temps immémoriaux on se sert de la position horizontale et du repos au lit comme d'une mesure thérapeutique générale, et cependant il y a très peu de recherches bien scientifiques relatives à l'effet du régime au lit, et encore moins relativement à son effet sur les fonctions de l'organisme qui sont aussi impor-

tantes dans la thérapeutique des maladies mentales. Nous avons bien depuis quelque temps toute une série d'observations prises sur des aliénés traités par le repos au lit, comme, par exemple, celles des docteurs Trapeznikow, Ossipow, Lacombe, Toulouse et Marchand, Glaussalles et d'autres. Ces recherches ont démontré que l'effet calmant du repos et de la position horizontale sur le travail du cœur et la respiration était incontestable et que, par conséquent, l'action favorable de l'alitement sur beaucoup d'états affectifs était hors de doute, mais cela n'est pas suffisant cependant : il serait de la plus haute importance pour nous de savoir à quel point le repos au lit est susceptible, surtout chez les aliénés, de paralyser l'énergie de l'activité psychique et la force directrice de l'esprit (l'aperception active de Wundt), laquelle faiblit si souvent dans les psychoses. Il n'y a pas eu de recherches du tout à ce point de vue, autant que je sache, et cependant on se pose involontairement la question, si le séjour au lit par trop prolongé ne pourrait pas, en affaiblissant l'énergie mentale, contribuer au passage des formes curables de « l'amentia » en formes incurables, et si, la forme diagnostiquée « dementia præcox » ne serait parfois qu'autre chose que la terminaison défavorable d'un processus curable et qui s'expliquerait par le non-emploi opportun des moyens stimulant l'énergie de l'activité psychique; on se demande aussi s'il n'y a pas quelque rapport de cause à effet entre la fréquence plus grande du diagnostic de « dementia præcox » et l'application du repos au lit prolongé chez des sujets jeunes dans quelques hôpitaux.

Ensuite, bien que le traitement au lit soit employé avec succès pour le traitement des chlorotiques, nous savons très peu de chose sur l'effet du repos au lit prolongé sur l'hématose, sur la composition du sang et sur l'expulsion de l'organisme des produits de désassimilation et des toxines. Et cependant c'est très important pour les psychoses qui dépendent souvent d'auto-intoxication. L'expérience nous apprenant que le repos prolongé a une action indubitable sur les échanges, on peut admettre théoriquement que l'absence des mouvements ne reste pas sans influence sur les os et la moelle osseuse, par conséquent sur la composition du sang. Sous ce rapport il nous faut des recherches exactes et jusque-là nous ne pouvons marcher qu'à tâtons et n'établir les

indications et les contre-indications que d'une façon empirique.

Nous savons cependant par expérience que l'effet thérapeutique du régime au lit sur les maladies mentales est incontestable. Certaines formes graves avec le complexus symptomatique de « delirium acutum » ou « delirium tremens febrile » sont devenues sous ce régime presque toutes non mortelles, d'autres formes avec l'excitation maniaque suivent leur cours d'une manière beaucoup plus tranquille; les cas de suicide sont devenus plus rares chez les mélancoliques, les malades faibles conservent plus de forces avec le régime au lit. D'où l'indication formelle du régime au lit plus ou moins constant et d'une durée plus ou moins longue chez la plupart des malades agités, surtout les maniaques purs, les malades faibles et fébriles, les mélancoliques, enfin, chez presque tous les malades atteints de formes aiguës des psychoses à leur période initiale. Lorsque la maladie passe de la période initiale à la phase stationnaire, il faut user du régime au lit avec prudence et de *n'en pas abuser en durée.* Il faut toujours penser au fait que nous ne savons pas encore comment le repos au lit agit sur l'énergie de la force directrice de l'esprit dans les formes si fréquentes d' « amentia » (confusion mentale, amentia Meynert, dysnoia). Dans l'ignorance où nous sommes il ne faut jamais oublier le premier précepte de la médecine « *non nocere* » et ne pas dédaigner, à cause de la commodité et de la facilité du maintien au lit des amentiques les moyens dont on use avec succès dans les hôpitaux bien organisés, où le système du travail est régulièrement établi et où l'on pratique d'une manière suivie l'influence morale intelligente. En disant cela, je ne veux point contester l'utilité du régime qui nous occupe ; bien au contraire, ce que je dis là ne fait que ressortir ce qui est, selon moi, nécessaire comme élément fondamental d'un système bien organisé, à savoir, l'individualisation rigoureuse du régime au lit comme moyen thérapeutique.

Il m'est impossible de m'arrêter plus longtemps sur mes idées relatives aux indications et aux contre-indications. J'en parle davantage dans un article plus long consacré à cette question.

De même je ne puis aborder ici qu'en passant la question de savoir quelles seraient les modifications que le régime au

lit amènerait dans la construction des asiles d'aliénés. Les changements essentiels ne seraient pas bien grands. Il faut la même organisation des ouvrages, des occupations et des distractions ; il faut également des salles communes, les dortoirs ainsi que des résidences de jour. Il n'y a que les dortoirs qui doivent être disposés d'une façon plus hygiénique (du côté ensoleillé) et offrant plus de facilité pour les soins et la surveillance ; il est préférable de disposer les dortoirs surtout pour les malades agités à l'étage inférieur (rez-de-chaussée) pour que l'on puisse rouler leurs lits dans le jardin. Ensuite on n'a pas besoin du tout des bâtiments composés uniquement des pavillons isolés (cellules). Les pièces à un lit doivent se trouver près des salles ou des dortoirs communs, où les malades sont alités.

CONCLUSIONS

1. Dans la question du traitement des maladies mentales par le repos au lit il faut distinguer le « système d'alitement » comme mode d'organisation intérieure des asiles et l'usage d'alitement comme moyen thérapeutique.

2. Les bases du système de l'alitement sont les suivantes : *a*) l'usage du lit est considéré comme un élément essentiel du traitement ; *b*) le séjour au lit est obtenu non pas par violence, mais au moyen de l'influence morale et de l'effet suggestif du milieu ; *c*) il doit avoir une organisation particulière de la surveillance qui ne serait qu'une manière de soigner les malades et de suivre et de bien observer les symptômes physiques et psychiques de la maladie.

Le refus de se servir par principe des cellules n'est pas une condition fondamentale du système en question, mais il contribue puissamment au développement du régime au lit ; d'un autre côté la diminution d'usage des cellules est un des premiers bienfaits de ce régime.

3. La régularisation exacte du temps de séjour des malades au lit, des promenades et des occupations en dehors du lit constitue la partie essentielle de ce système ; le séjour au lit doit être réglé dans tous ses détails depuis le séjour au lit absolu jusqu'au plus limité.

4. L'usage des salles communes est un puissant moyen dans l'organisation régulière du système d'alitement. Bien que l'on soit obligé d'appliquer le régime au lit également

dans les chambres séparées, cela a dans le système en question une importance secondaire. Le maintien forcé au lit n'est pas un élément du régime d'alitement comme système.

5. Les principaux avantages du régime au lit sont : un plus grand ordre dans l'asile, surtout s'il est encombré, une sécurité plus grande pour les malades, une plus grande facilité pour leur donner des soins et pour l'observation clinique; usage restreint des chambres isolées ; le système du repos au lit est susceptible d'abolir complètement l'emprisonnement dans les cellules. Les maladies caractérisées par un état d'agitation ont une marche plus modérée ; dans les asiles, où le système d'alitement est appliqué, la mortalité de quelques psychoses graves aiguës est notablement diminuée.

6. Avec le système du régime au lit il ne faut pas non plus négliger les autres systèmes qui agissent favorablement, comme celui de l'influence morale, celui de No-Restraint, du régime ouvrier ou des portes ouvertes. Une combinaison heureuse de ces systèmes est très possible. Le quiétisme, qui se développe parfois, sous l'influence du régime d'alitement, chez le personnel médical de l'asile, n'est qu'un abus.

7. Les indications pour le repos absolu ne sont établies que d'une manière très insuffisante. Pour avoir des indications à base scientifique, il est nécessaire non seulement de multiplier les recherches, mais aussi d'élargir leur sphère. Ce qui mérite d'être étudié, c'est l'effet du repos au lit et du manque d'exercice sur la composition du sang, l'expulsion de l'organisme des toxines, sur les fonctions psychiques, surtout sur l'énergie de la force directrice de l'esprit (l'aperception active).

8. L'indication principale pour le repos au lit est l'état d'excitation des malades. Le régime au lit très prolongé et appliqué d'une manière rigoureuse est contre-indiqué chez les malades à l'intelligence paresseuse, prédisposés à l'apathie, à l'anémie et à la masturbation. Il serait très important d'étudier l'effet que ce régime produit sur les maladies psychiques chez les sujets jeunes pour que celles-ci deviennent chez eux incurables.

9. Le repos au lit doit être appliqué d'une manière différente suivant les indications individuelles presque à toutes les psychoses à forme aiguë, surtout à la période initiale de la maladie. Il agit surtout favorablement sur la plupart des ma-

lades maniaques, sur ceux qui souffrent du délire alcoolique, dans beaucoup des formes de confusion mentale et de mélancolie. Il peut y avoir des indications vitales à l'appliquer chez des malades dont le trouble mental se rattache à une infection, une haute température et chez les personnes très épuisées.

CLINIQUE NERVEUSE.

Syndrome de Basedow post-typhoïdique ;

Par F. BENOIT,
Médecin major de 2e classe.
Répétiteur à l'École du Service de Santé militaire.

B..., vingt-deux ans, originaire de la Loire, soldat aux batteries à cheval du 6e régiment d'artillerie, entre à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, le 18 septembre 1897, pour dothiénenthérie classique, avec prostration, céphalalgie, bourdonnements d'oreilles, épistaxis, éruption de taches rosées, séro-diagnostic positif (21 octobre), Mère rhumatisante, sujette à des bouffées de chaleur : il dit avoir un oncle mort de mort subite étouffé en courant après des bœufs échappés : cet oncle se plaignait de son cœur depuis plusieurs années; il ne pouvait se livrer qu'à de petits travaux. Grand'mère et tante, affectées de goitre. Lui-même, à l'âge de seize ans, eut une première attaque de rhumatisme articulaire aigu, puis quelques accès de tachycardie avant sa maladie actuelle toutes les fois qu'il montait à cheval. En 1891, il avait eu l'influenza; vers la même époque, il fit une chute de trois mètres de hauteur, qui n'eut pas de suite. Le 3 février 1897, il avait fait une première entrée à l'hôpital Desgenettes, où il avait été soigné jusqu'au 2 mars de la même année pour une attaque de rhumatisme compliquée d'endocardite, dont il ne resta aucune trace qu'un peu d'œdème transitoire des jambes. Il eut alors un congé de convalescence.

Cette fièvre typhoïde suivit un cours très régulier, sauf que, pendant la convalescence, il s'établit une tachycardie tenace, allant au début jusqu'à 150 battements à la minute, puis oscillant entre 110 et 120.

Cette complication attira l'attention vers le 23 ou 24 octobre; elle fut traitée par 4 grammes de bromure de potassium et de bains tièdes d'une demi-heure de durée tous les jours : il n'y avait ni albuminurie, ni hypertrophie du cœur. Le 10 novembre, le pouls se maintenant autour de 112, il fut commencé un traitement par le sulfate d'atropine à la dose de un demi-milligramme par jour et le surlendemain 12 novembre, on s'aperçut pour la première fois, d'un léger tremblement de mains, les réflexes étant normaux.

La situation était en l'état, avec quelques palpitations par intermittences, et l'administration d'un peu de salicylate de soude en raison de l'ancienne détermination rhumatismale sur le cœur, lorsque, le 29 novembre, en pleine convalescence de sa fièvre typhoïde, le malade attire l'attention sur son cou qui avait démesurément grossi : il ne pouvait plus boutonner le col de sa chemise. On constata en effet, l'existence d'un goitre de volume modéré, souple, sans kystes, ne présentant aucun souffle à l'auscultation avec le stétoscope : c'était une tuméfaction assez appréciable, suivant la trachée dans les mouvements de déglutition. Il ne fut pas possible de savoir si B... avait quelque commencement de goitre avant la tuméfaction actuelle de sa thyroïde, et il a été d'autant moins fait de tentative d'exploration bactériologique par la ponction, au point de vue de l'existence du bacille d'Eberth, dans cette glande hypertrophiée que ces tentatives sont particulièrement infructueuses lorsqu'il n'existe pas d'abcès collecté (Jeanselme). Pas de douleur spontanée ou provoquée par la palpation ni par les mouvements du cou. Pas de réseau veineux superficiel; aucun indice de fluctuation ni de ramollissement sur aucun point. Il persistait un tremblement oscillatoire très fin des mains, et on pouvait constater en même temps, un éclat du regard très notable sans grande exophtalmie. Les autres signes de la maladie de Basedow, signes de Graefe et de Moebius, faisaient défaut; mais le malade avait des bouffées de chaleur le surprenant subitement dans la soirée, et accompagnées quelquefois d'hyperthermie objectivement constatable avec poussées sudorales. La mensuration du cou, faite dans la position d'extension, donnait 43 centimètres de circonférence, à 8 centimètres au-dessus de la fourchette sternale.

Cet état demeura sans grande modification jusqu'au 9 février 1898 où le malade sortit de l'hôpital militaire Desgenettes pour aller en congé de convalescence de trois mois. Pendant ce temps, il fut possible de constater à diverses reprises l'émotivité anormale de B..., qui par exemple s'affectait jusqu'au point d'en avoir les larmes aux yeux, du départ d'un voisin de lit. De plus, il désespérait facilement de sa situation, disant qu'il avait toujours souffert de palpitations; mais que celles-ci s'étaient exaspérées depuis sa fièvre typhoïde, qu'il ne guérirait jamais, etc... Le sort tragique

de son oncle paraissait en particulier toujours présent à son esprit et à ses préoccupations.

Le volume du goitre, malgré de nombreuses tentatives thérapeutiques, resta à peu près stationnaire, autour de 43, 42 ou 41 centimètres de tour de cou. Le pouls persista également aux environs de 92, 96, 100, 110 battements à la minute : à aucun moment, le cœur ne présenta de signes d'affaiblissement, ni de dilatation. Toutefois, surtout dans la période terminale de ce second séjour à l'hôpital, il s'établit des intermittences perçues par le malade et quelquefois par le médecin, qui n'étaient jamais bien tenaces ni bien intenses et survenaient surtout le matin. De temps en temps, de violentes crises de palpitations, venaient au dire du malade, compliquer ce tableau ; mais elles n'ont jamais été constatées objectivement.

Parfois un peu d'œdème prétibial provoqué surtout par les efforts du malade pour marcher. Le tremblement oscillatoire menu des mains persista jusqu'à la fin du séjour de B... à l'hôpital, interrompu par les mouvements intentionnels. Les réflexes étaient conservés, sensibilité et motilité intactes ; aucun stigmate d'hystérie. L'éclat du regard persista également jusqu'à la fin du séjour du malade à l'hôpital. L'urine ne présenta jamais ni sucre ni albumine ; l'épreuve de la glycosurie alimentaire, essayée le 28 décembre 1897 avec 150 grammes de sirop de sucre, eut un résultat négatif.

Le traitement varia à diverses reprises, à cause de l'échec de toutes les thérapeutiques employées. Successivement, B... fut soumis au régime des bains tièdes prolongés, avec 2 grammes de bromure de potassium par jour, puis 3 grammes d'iodure de potassium, à des badigeonnages de teinture d'iode et de pommade iodurée au niveau du goitre ; il fut également fait des applications locales de glace sur ce goitre, et des lotions froides générales sur le tégument. Enfin, le 2 janvier 1898, il fut institué un traitement par la glande thyroïde de mouton, dont le malade absorba tous les jours deux lobes, sauf pendant une angine pultacée intercurrente, qui dura du 6 au 10 janvier. Ce traitement qui fut continué jusqu'à la fin du séjour à l'hôpital, n'eut d'autre effet que de causer a B... un amaigrissement de 9 kilogr. (71 kilogr. au lieu de 80). C'est dans cet état que, le 9 février 1898, B... quitta l'hôpital militaire Desgenettes pour aller en congé de convalescence de trois mois.

Pendant ce congé, il continua à se plaindre, dans les lettres qu'il nous adressa, de la perte des forces, et de ses palpitations qui reprenaient avec intensité au moindre effort auquel il se livrait. Il demanda et obtint une prolongation d'un mois.

Cependant, étant rentré à son corps, le 8 juin, il dut revenir à l'hôpital le 13 du même mois pour une recrudescence de ses pal-

pitations, amenée par quelques tentatives pour reprendre son service. A ce moment, les symptômes basedowiens, n'étaient guère atténués; les yeux étaient moins saillants, mais toujours très brillants : ses parents, dit-il, lui en avaient fait l'observation, et lui avaient fait remarquer à son arrivée chez lui l'éclat de son regard : le tremblement vibratoire léger persistait : la circonférence du cou mesurée dans les mêmes conditions que précédemment, était de 41,5 centimètres. Le cœur, légèrement amélioré, était à 80; le pouls, ample, sans intermittences, ni arythmie d'aucune sorte. Pas de dilatation du cœur, ni de souffle, pas d'œdème des pieds; bouffées de chaleur, sommeil conservé, appétit médiocre. Le 18 juin on s'aperçut que B... était porteur d'une blennorrhagie pour laquelle il fut évacué sur le service du deuxième, blessés. Il en sortit le 24 août 1898.

A l'occasion d'un quatrième séjour de B... à l'hôpital Desgenettes causé par une attaque de rhumatisme articulaire subaigu (entré le 2 janvier 1899) et qui se termina par son évacuation pour pelade sur un service de blessés, du 20 janvier au 22 mars, nous pûmes examiner de nouveau B... qui déclara qu'il allait mieux. Les intermittences avaient disparu depuis le mois de mai 1899, et les sensations de chaleur avaient diminué. Le périmètre du cou, toujours mesuré à 8 centimètres au-dessus de la fourchette sternale, était de 41 centimètres: mais le cœur était toujours très rapide, 92 à la minute, et présentait toujours un éréthisme notable. Pas de souffle dans les veines. B... avait été installé dans les fonctions d'employé au réfectoire, et ne montait plus à cheval. Il fut libéré avec sa classe, au commencement d'octobre 1899.

En somme, il s'agit, chez un jeune sujet, de souche incontestablement neuro-arthritique, de symptômes basedowiens développés insidieusement au déclin d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité et s'accompagnant de tuméfaction du corps thyroïde. Les thyroïdites consécutives à la fièvre typhoïde, ne sont pas de constatation récente : elles ont fait l'objet de plusieurs travaux[1] qui ne laissent pas de doute sur leur fréquence relative. Il semble résulter de la lecture des observations qu'elles ont une tendance manifeste à aboutir à la

[1] Forgue. Contribution à l'étude de la thyroïdite typhique. (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1896.)

Charvot. Étude clinique sur les goitres sporadiques infectieux. (*Revue de chirurgie*, 1890.)

Pinchaud. *Des thyroïdites dans la convalescence de la fièvre typhoïde.* Thèse de Paris, 1888.

Testevin. Thyroïdites infectieuses suppurées. (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1899.)

suppuration : aussi n'est-il pas surprenant que les chirurgiens surtout s'en soient préoccupés. Il semble même que, de toutes les infections qui peuvent se localiser sur cette glande, l'infection typhoïdique soit celle qui ait le rôle étiologique le plus important : c'est du moins la conclusion que tire M. Jeanselme de l'étude très complète qu'il a faite des diverses infections de la glande thyroïde [1]. Cette conclusion est encore renforcée par la constatation positive qui a été faite dans plusieurs cas du bacille d'Eberth à l'état de pureté dans le pus des cas de thyroïdites abcédées (Jeanselme) et par la réalisation expérimentale de l'infection thyroïdienne typhoïdique qu'ont réussie MM. Roger et Garnier en injectant des cultures de bacilles d'Eberth, par la carotide des lapins liée à sa partie supérieure [2]. Cette infection peut d'ailleurs aboutir à trois états anatomiques très différents, et de conséquences physiologiques très variables : la suppuration, qui semble être, comme nous l'avons vu, l'issue la plus fréquente du travail phlegmasique, la simple prolifération formative de l'épithélium sécréteur, du tissu conjonctif interstitiel et de la substance colloïde, à laquelle nous rattacherons les troubles observés dans le cas présent, ou enfin, la sclérose terminale de l'organe qui peut aboutir, comme dans le cas récemment décrit par notre camarade Remlinger [3], précisément à la suite d'un processus très probablement typhoïdique, à un myxœdème d'apparence spontanée, en réalité causé par l'atrophie de la glande thyroïde. Cette sclérose du corps thyroïde a été également observée par MM. Roger et Garnier chez les tuberculeux [4].

Notons enfin que ces troubles sont survenus chez un homme qui ne semble pas avoir eu de goitre antécédent. On sait que cette particularité a été considérée comme très importante dans la pathogénie des thyroïdites post-infectieuses, le goitre antécédent constituant, a-t-on dit, un *locus minoris resistantiæ* qui devait appeler les infections. Or, si, à ce point

[1] Jeanselme. Thyroïdites et strumites infectieuses. (*Gazette des hôpitaux*, 2 février 1891.)

[2] Roger et Garnier. (*Société de biologie*, 1er octobre 1898.)

[3] Remlinger. Un cas de myxœdème spontané de l'adulte : guérison par le traitement thyroïdien. (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1899.)

[4] Roger et Garnier. *Société de biologie*, 30 juillet 1898.

de vue, nous ne relevons aucune propathie personnelle chez B..., sauf, au point de vue de la maladie de Basedow, un certain degré de nervosisme et la tendance possible du rhumatisme à se localiser sur le cœur, il nous est impossible de ne pas remarquer que sa grand'mère et sa tante étaient affectées de goitre, et que, originaire du département de la Loire, nous pourrions répéter à son sujet, ce que disait M. le professeur Charvot, dans un cas de même origine[1] :

« Le sujet est, comme dans nos autres observations de thyroïdites aiguës sporadiques, originaire d'un département noté à l'encre noire sur la carte du goitre. Et, bien qu'il ne présente aucun antécédent héréditaire ni personnel, on peut supposer que notre Auvergnat gardait toujours une prédisposition goitreuse. »

Mais, si les thyroïdites post-typhoïdiques sont maintenant bien connues, il n'en est pas de même des cas, où elles s'accompagnent de troubles basedowiens. Nous n'en avons trouvé dans la littérature qu'une seule observation de MM. Gilbert et Castaigne[2], où il s'agit d'une jeune fille de seize ans, sans tare névropathique, qui fit, à l'âge de quinze ans, une fièvre typhoïde de trois semaines de durée et de formes régulières, à la période d'apyrexie de laquelle apparurent quelques douleurs vagues dans le corps thyroïde, avec augmentation de la circonférence du cou; un mois après, les yeux devinrent brillants, et, au moment où le fait fut publié, le sujet présentait tous les signes de la maladie de Basedow.

D'autres infections, également localisées sur la glande thyroïde, sont signalées comme ayant réalisé dans certains cas, le syndrome basedowien. Dans la communication ci-dessus citée de MM. Gilbert et Castaigne, il est question de deux autres cas ayant donné lieu à des symptômes basedowiens, et relevant, l'un, d'une infection indéterminée avec tuméfaction des ganglions lymphatiques, l'autre, de la tuberculose. Roux de Lausanne[3] aurait observé un intéressant cas de strumite après l'influenza dans la maladie de Basedow. G. Singer de Vienne[4], a observé dans cinq cas, au début de la thyroï-

[1] Charvot. *Loco citato.*

[2] Gilbert et Castaigne. Infection thyroïdienne et goitre exophtalmique. (*Société de biologie*, 3 juin 1899.)

[3] Roux de Lausanne. Cité par Jeanselme.

[4] Cité par Jeanselme. *Idem.*

dite, de la paresthésie des mains. Il considère ce signe comme l'indice d'un trouble fonctionnel de la glande thyroïde, car il existe aussi dans la maladie de Basedow.

Si maintenant nous nous demandons comment les infections en général, et la fièvre typhoïde en particulier arrivent à réaliser le syndrome basedowien, il semble que l'expérimentation et l'anatomie pathologique, nous donnent actuellement une réponse satisfaisante. Dans les recherches anatomo-pathologiques consignées dans sa thèse [1], M. Garnier s'est, en effet, constamment trouvé en face de lésions qui attestaient l'excès de fonctionnement des éléments glandulaires spécifiques.

Dans l'infection éberthienne, à côté de lésions de phlébite avec thrombose, « le parenchyme était en état d'hypersécrétion manifeste... les vésicules étaient revenues sur elles-mêmes, remplacées par des amas cellulaires, tandis que le tissu conjonctif voisin renfermait quelques traînées de matière colloïde ». Et ailleurs « la modification la plus fréquente de la thyroïde infectieuse, consiste, chez l'adulte, dans l'hyperactivité glandulaire, avec sécrétion exagérée de matière colloïde ». Il est même intéressant de constater, au point de vue de l'action spéciale de la fièvre typhoïde sur la glande thyroïde que, presque seules, les injections de bacilles coli et de bacilles d'Eberth, ont réussi à provoquer dans les glandes thyroïdes des animaux mis en expérience, les lésions d'excitation sécrétoire, et l'issue de la matière colloïde hors des vésicules.

Or, sans prendre parti au milieu des théories qui, actuellement se partagent la pathogénie de la maladie de Basedow, il est permis de constater la faveur toujours croissante dont jouit la théorie humorale, celle qui rattache les phénomènes morbides observés à un excès de fonctionnement de la glande thyroïde, à un hyperthyroïdation de l'organisme. Cette substance colloïde, de nature mystérieuse, que les recherches de M. Garnier nous montrent expulsée des vésicules thyroïdiennes enflammées, et probablement aussi, des vaisseaux sanguins et lymphatiques qui doivent assurer son emploi et sa répartition convenables, constitue le produit de sécrétion spécifique de la glande thyroïde, et rien d'étonnant à ce que les infections, notamment la fièvre typhoïde, qui surexcitent la formation de cette substance amènent à la fois l'augmen-

[1] Garnier. *La glande thyroïde dans les maladies infectieuses.* Thèse de Paris, 5 février 1899.

tation de volume de la glande thyroïde, et l'hyperthyroïdisation de l'organisme, qui se traduisent par le syndrome de Basedow. C'est, du reste, ce que disent MM. Gilbert et Castaigne : « Depuis que MM. Roger et Garnier ont montré la fréquence des lésions thyroïdiennes, au cours des maladies générales, il ne semble pas inadmissible de supposer que les infections peuvent jouer, non seulement un rôle prédisposant dans le développement du goitre exophtalmique, comme on le croyait autrefois, mais un rôle de tout premier ordre. L'infection se localise pendant la période aiguë sur la glande, puis, après guérison complète du malade, les lésions thyroïdiennes peuvent persister, entraînant tantôt une grande diminution de sécrétion qui se traduit par le myxœdème, tantôt un trouble spécial dans les fonctions thyroïdiennes, qui, cliniquement est révélé par les signes de la maladie de Basedow. Pour le myxœdème de l'adulte, M. Thibierge, se basant sur les travaux de Roger et Garnier, a montré la réalité de la théorie infectieuse : nous appuyant sur trois observations que nous résumons, nous croyons pouvoir admettre, au moins pour un certain nombre de cas, l'origine infectieuse du goitre exophtalmique. »

Peut-être, bien qu'il lui manque la vérification anatomique, pourra-t-on admettre notre observation comme un appoint à cette théorie de l'origine infectieuse de certaines maladies de Basedow. En tout cas, nous tenons à faire remarquer que, par ses caractères d'indolence et de souplesse, d'absence de sclérose et de suppuration, la tumeur thyroïdienne semble bien, dans notre cas, avoir été constituée par un tissu de nouvelle formation ayant conservé ses propriétés de vitalité et par conséquent de sécrétions normales et même exagérées. Remarquons en outre, que cet accident de la convalescence de la fièvre typhoïde n'a pas été sans présenter des conséquences assez sérieuses pour l'homme qui était victime, et sans entraîner, notamment, jusqu'à la fin de son service, une inaptitude presque complète au métier de soldat d'artillerie qu'il faisait correctement auparavant, notamment à cause de la tachycardie et des crises de palpitations qu'il ressentait au moindre exercice un peu violent.

Tous les traitements ont échoué contre ce syndrome de Basedow, et il est à craindre que l'existence ultérieure de cet homme n'en demeure fort gênée.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

L'énergie nerveuse et l'énergie électrique, à propos de la théorie des neuro-diélectriques ;

Par le Dr PAUL SOLLIER.

M. le docteur Binet-Sanglé a publié dans le dernier numéro des *Archives de Neurologie* (septembre) une note sur une théorie nouvelle dite des neuro-diélectriques, qui n'est que le prélude d'un travail plus étendu devant paraître ultérieurement. Cette théorie comprend deux points de vue : l'un général, qui est le fondement même de la théorie et qui ne tend à rien moins qu'à l'assimilation de l'énergie nerveuse à l'énergie électrique ; l'autre particulier, qui n'est que l'application de cette manière de voir à l'interprétation des tremblements, des convulsions, des paralysies. De ce dernier point de vue, je ne dirai rien ; je me bornerai à faire certaines remarques à propos du premier.

J'ai en effet soutenu moi-même une théorie semblable dans des conférences faites cet hiver à l'Université nouvelle de Bruxelles sur l'énergie psychique. Ces conférences sont d'ailleurs inédites, car je ne juge pas la question assez mûre, les conclusions assez solides pour leur donner une forme plus définitive. Je n'en parlerais donc pas si je n'avais d'autre part émis dans un récent ouvrage, le *Problème de la mémoire*, paru en janvier dernier dans la Bibliothèque de Philosophie Contemporaine, une théorie du mécanisme de la mémoire basée sur les analogies entre les phénomènes psychiques et les phénomènes électriques, où se rencontrent la plupart des opinions que soutient M. Binet-Sanglé. Cet auteur paraissant ignorer ce travail, je crois devoir en rappeler ici certains points, et je serai heureux si, dans l'étude qu'il nous annonce, il peut nous apporter des arguments démonstratifs à l'appui de mes idées qui sont aussi les siennes.

A ce propos, je crois devoir relever que les critiques qui ont été faites de ma théorie de la mémoire ont paru méconnaître sa portée. Analysant les diverses phases d'un acte mnésique, je me suis attaché à montrer que chaque événement de cet acte pouvait être reproduit par des appareils

électriques, communs, réalisés et relativement simples et grossiers. Mon but, en mettant ce fait en évidence, n'était pas de prétendre que la force produite par le fonctionnement du système nerveux était de nature électrique. Je voulais simplement démontrer que cette force ne se distinguait en rien d'une force physique, et était absolument comparable à l'électricité. Chaleur, lumière, son, électricité ne sont — on le sait aujourd'hui, — que des formes différentes de l'énergie dont on peut établir l'équivalence. Ce que je soutiens, c'est que la force nerveuse n'est également qu'une forme de l'énergie : se confond-elle avec une des formes connues, et avec l'électricité en particulier, c'est possible ; je le crois même volontiers et j'en verrai avec plaisir la preuve que paraît nous en promettre M. Binet-Sanglé. Mais cela m'importe peu : l'essentiel pour moi était de montrer que l'on n'a pas besoin de chercher dans un principe spécial, inconnu, mystérieux, ne ressemblant à rien dans la nature, la cause des phénomènes psychiques, mais qu'on se trouvait au contraire en présence de phénomènes d'ordre physique, régis par les lois connues de la physique générale, produits, il est vrai, par un appareil d'une structure particulière, d'où les différences qu'on pouvait observer, différences de forme, mais non de nature. La similitude est telle entre les phénomènes nerveux et psychiques et les phénomènes électriques que je ne pouvais trouver de meilleurs termes de comparaison pour établir le mécanisme des premiers que de m'adresser aux derniers, d'autant plus qu'il n'est aucun de ces phénomènes nerveux et psychiques qu'on ne puisse reproduire au moyen d'appareils électriques.

Le télégraphone par exemple, encore inconnu, au moins pour moi, au moment de la publication de mon livre, est venu donner un argument nouveau à ma manière de voir sur la fixation, la conservation et la reproduction d'une impression reçue.

Je n'ai pas voulu conclure à l'identité des phénomènes nerveux et électriques, et on s'est servi de cette réserve pour en inférer que c'était un simple procédé de démonstration que j'avais employé, alors que mon but était de démontrer l'identité des phénomènes nerveux et psychiques, non pas avec les phénomènes électriques plus qu'avec d'autres, mais d'une manière générale avec des phénomènes d'ordre physique, et de faire rentrer ainsi ces phénomènes dans l'ordre

physique, dont on ne peut les faire sortir qu'en admettant hypothétiquement l'existence d'un principe, d'une essence particulière et presque surnaturelle [1].

Mais je reviens aux différents points de la note de M. Binet-Sanglé, que j'ai déjà soutenus dans le *Problème de la mémoire*. Je crois avoir le premier montré les analogies entre la mémoire et l'aimantation (p. 51). Le télégraphone, dont je parlais tout à l'heure, rend mieux compte encore du mécanisme de la mémoire au moins dans ses premières phases.

De même pour l'analogie entre l'élément nerveux et l'accumulateur (p. 168, 196, 202). Tout le long de mon travail, je me suis efforcé à mettre en évidence cette analogie et à montrer que le cerveau se comportait comme un accumulateur électrique. Mais je dois ajouter que je suis arrivé à penser que certaines parties du cerveau seules doivent être considérées comme un accumulateur. Ce sont les centres percepteurs, chargés de conserver les impressions, c'est-à-dire les lobes frontaux.

Dans les autres parties de l'axe cérébro-spinal, les groupes cellulaires semblent agir plutôt comme des condensateurs (p. 215), comme M. Binet-Sanglé paraît d'ailleurs l'admettre pour expliquer les parésies. J'ai montré en outre que certains phénomènes de mémoire ne pouvaient s'expliquer que par les lois de résonance électrique.

Mais je crois que le principal rôle du système nerveux est dans la transformation de l'excitation reçue. Les centres récepteurs (sensitivo-sensoriels) du cerveau agissent en particulier comme de véritables transformateurs et producteurs d'énergie nerveuse.

Une excitation périphérique atteint l'extrémité du nerf. La vibration ainsi produite se propage le long du nerf : c'est le courant nerveux, mesurable et comparable à toutes les vibrations d'ordre physique. Ce courant nerveux aboutit, en suivant les fibres nerveuses, à des agglomérations de cellules de l'écorce cérébrale, après avoir traversé un plus ou moins grand nombre de postes intermédiaires. Il détermine, dans les groupes cellulaires de l'écorce, une modification molécu-

[1] M. M. Ameline, dans sa thèse (*Energie, entropie, pensée*, Paris, 1898), avait cherché déjà à montrer que le neurone est un système électro-capillaire qui transforme de l'énergie, et que les phénomènes mentaux obéissent aux lois de la physique générale.

laire et par conséquent un état dynamique spécial, dont le potentiel est dans un rapport constant avec le courant nerveux qui l'a produit, de même que celui-ci est exactement correspondant à l'excitation qui l'a déterminé, quoique la nature de cette excitation soit tout à fait différente de celle du courant nerveux.

De sorte qu'en fin de compte l'état moléculaire et dynamique des centres récepteurs de l'écorce est dans un rapport constant avec l'excitation provocatrice. En se propageant à travers le système nerveux, la force qui a agi sur lui se transforme donc, que ce soit une vibration lumineuse, thermique, sonore, chimique ou électrique, ou une excitation purement mécanique. Au niveau des neurones, ces différentes formes d'énergie prennent une nouvelle forme : énergie nerveuse et psychique.

M. Binet-Sanglé, se basant sur les irrégularités qu'on observe dans le rendement — si je puis dire — du système nerveux, pense qu'elles sont dues à des barrages, et ce sont ces barrages qu'il appelle les neuro-diélectriques, sans d'ailleurs — ce en quoi il a raison — se prononcer sur la façon dont se forment ces barrages. J'ai insisté tout particulièrement aussi sur les résistances qui s'opposent au passage du courant nerveux et à l'accumulation de l'énergie psychique, et j'ai essayé de montrer comment les modifications de la mémoire pourraient s'expliquer par les pertes qui se produisent dans les diverses transformations que subit l'énergie dégagée sous l'influence d'une excitation quelconque, celles qui résultent du non-fonctionnement des organes, de son usure par le fait de l'âge, les résistances qui proviennent de la nutrition du cerveau, les fuites qui se produisent dans le trajet du courant nerveux au niveau des groupes de neurones échelonnés entre la périphérie et les centres et où il se décharge en partie sous forme de mouvements réflexes, par exemple.

Je ne me suis donc pas borné à montrer qu'il peut y avoir des barrages plus ou moins résistants interposés sur le passage du courant nerveux, mais j'ai encore étudié ces variations de résistance et les causes de déperdition de l'énergie nerveuse.

J'ai même cherché à montrer (p. 197), à l'aide de ce qu'on observe dans certaines affections mentales, que la résistance du cerveau aux impressions qui l'atteignent peut être mesurée par sa résistance au courant galvanique.

Ayant ainsi examiné les analogies qui existent entre tous les phénomènes de la mémoire — clef de voûte de l'édifice intellectuel, — et les divers phénomènes électriques, j'avais été amené à une conception toute physique du mécanisme de la mémoire qui se calque sur ce qu'on peut observer dans les différentes formes et applications de l'énergie électrique. C'est pourquoi j'ai cru devoir rappeler ici, à propos de la partie générale et fondamentale de la théorie de neuro-diélectriques de M. Binet-Sanglé, ce travail antérieur, et probablement ignoré de lui, où il pourra peut-être trouver des arguments à l'appui de sa thèse de l'assimilation de l'énergie nerveuse à l'énergie électrique.

J'avais conclu à la similitude, ce qui m'importait seul pour démontrer que les phénomènes psychiques pouvaient et devaient se ramener aux lois de la physique générale; M. Binet-Sanglé pense qu'il y a identité. Je serais tout disposé à le croire, tant il y a d'arguments, pour ne pas dire de preuves, qui militent en faveur de cette opinion qui n'est d'ailleurs pas nouvelle, car il existe à l'étranger un institut de recherches physiologiques fondé primitivement dans le but de démontrer cette identité.

XIII[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE.

Section de Psychiatrie.

Séance du 4 août. — Présidence de M. Magnan.

Anatomie pathologique de l'idiotie; par G.-E. Shuttleworth, M. D. (etc.), ex-médecin en chef de l'asile Royal Albert pour les idiots et les imbéciles (Lancaster) et Fletcher Beach, M. B., F. R. C. P. Londres, ex-médecin en chef des écoles de Darenth pour les enfants imbéciles (Dartford, Kent).

Déjà, à une époque aussi reculée que celle d'Hippocrate, les caractères physiques de l'idiotie avaient été observés. Dans le premier volume de la traduction anglaise de ses œuvres, nous trouvons une allusion à une nation sauvage du voisinage du Caucase

qu'on appelait « Macrocéphales » à cause d'une coutume des habitants, de produire une déformation cranienne, chez leurs enfants, car, pensaient-ils, « aux plus illustres, appartiennent les plus longues têtes ». « Dès le début, » écrit Hippocrate, « l'usage était la cause principale de la longueur de leur tête; mais maintenant la nature coopère avec l'usage... D'abord, l'usage agissait, de sorte que cette conformation était le résultat de la violence; mais dans le cours du temps, elle fut formée naturellement, de sorte que l'usage n'eut rien à faire avec elle; car le sperme vient de toutes les parties du corps, le sain des parties saines, et le malade des parties malades. »

Nous citons cette doctrine hippocratique de la perpétuation, dans la race, de caractères artificiellement acquis par les ancêtres, parce qu'il est intéressant de noter les vues des anciens au point de vue de la pathogénie des anomalies; mais nous avons besoin des lumières des écrits d'Hippocrate aussi bien que de celles des ouvrages de Pline (*Gens macrocephali : oppidum cesarus; portus cordulæ*) qui, lui aussi, mentionne les macrocéphales comme présentant des anomalies mentales associées à une difformité physique (fait dont la confirmation a été donnée par la découverte dans les tombeaux de Kertch, en Crimée, de squelettes avec des crânes présentant de telles déformations). Jugeant par ce que nous savons de l'histoire des premiers habitants du Mexique, qui pratiquaient une déformation semblable, il ne s'ensuit pas nécessairement que l'atrophie mentale résultait de cette entrave à l'impulsion normale du développement du crâne.

Tulpius (dans ses « *Observations medicæ rariores* ») consacre un chapitre à l'hydrocéphalie qu'il avait vue associée à l'idiotie. Dans les œuvres complètes de Willis (édition anglaise), nous trouvons à la partie qui traite de l'anatomie du cerveau, la description, avec des planches, du cerveau d'un jeune homme complètement imbécile, dont les dimensions atteignaient à peine 1/5 du cerveau normal; et cette observation est le premier travail scientifique que nous puissions trouver de l'affection aujourd'hui décrite sous le nom de microcéphalie.

Pinel, dans son *Traité de l'Aliénation mentale* décrit aussi, avec des figures, deux cas de microcéphalie, et Gall et Spurzheim dans l'Atlas qui accompagne leur *Anatomie et Physiologie du cerveau en général, et du cerveau en particulier*, donnent des planches représentant des têtes et des crânes de microcéphales et d'hydrocéphales.

Jusqu'à présent, les observations citées contenaient des renseignements surtout sur les anomalies de dimensions et de forme. Mais nous trouvons, dans les *Mémoires de l'Académie de Berlin pour* 1760 des observations de Meckel sur les déformations osseuses du crâne, par rapport aux anomalies de l'encéphale. Tulpius remarque dans ses *Observations medicæ rariores* que, dans les cas d'idio-

tie observés par lui, les circonvolutions cérébrales étaient moins nombreuses que d'ordinaire et Malacarne (*Encephalotomia nuova universale*) établit que les lamelles du cervelet augmentent ou diminuent par rapport au développement de l'intelligence.

Plus tard, nous trouvons des observations relatives, non seulement à la conformation, mais encore à la structure du cerveau. Meckel, en 1760, notait qu'il avait remarqué chez les idiots, de la sécheresse et de la dureté de la substance cérébrale. Bonnet et Haller, ensuite relatent des tumeurs et des ulcérations, produites, chez les idiots, dans les cas de troubles mentaux. Finalement, Esquirol dans le chapitre sur l'idiotie et dans son traité classique des maladies mentales, note que les circonvolutions cérébrales des idiots sont, en règle générale, petites, atrophiées, compactes et minces, et que les ventricules latéraux sont de faible capacité.

Du bref résumé historique que nous venons de donner, nous retiendrons que les anciennes observations insistent davantage sur les dimensions et la forme de la tête, dans l'anatomie pathologique de l'idiotie, et ce n'est qu'à une période ultérieure que les particularités morphologiques de l'encéphale furent décrites, tandis que la structure intime du cerveau a été l'objet d'investigations relativement récentes [1].

Si nous passons maintenant aux opinions contemporaines, nous voyons que la façon de penser moderne au point de vue des vices mentaux, est de considérer la pathologie et la classification comme mutuellement dépendantes. Et, suivant ce plan, nous classerons l'anatomie pathologique de l'idiotie sous les trois chefs suivants :

I. Vices de formation congénitale.
II. Vices survenant au cours du développement.
III. Vices acquis ou accidentels.

Sous le premier titre nous groupons :
1° La microcéphalie.
2° L'hydrocéphalie.
3° La scaphocéphalie.
4° Les imperfections cérébrales de type « mongol », des tissus osseux, cutané, muqueux et cardiaque.
5° Les cas névropathiques congénitaux (*genetous*).
6° Les cas amaurotiques.
7° Le crétinisme sporadique.
8° Les cas présentant des atrophies partielles et locales.

1° Par microcéphalie en relation avec les vices mentaux, nous entendons l'exiguïté anormale de la tête avec une conformation

[1] Esquirol. *Des maladies mentales*, t. II, p. 343, se réfère à des observations d'Hippocrate sur les microcéphales, et que nous n'avons pu vérifier.

spéciale, brièvement résumée ainsi : front fuyant rapidement, avec développement imparfait du frontal : vertex conique et occiput défectueux; signes caractéristiques de ce type. Nous ne reconnaissons de limite définie, ni à la dimension de la tête ni au poids du cerveau *per se* constituant la microcéphalie, quand les conditions précédentes manquent. Des cas ont été rapportés d'idiots dont la tête mesurait seulement 12 pouces (30 centimètres) (cas du Dr Beach, *I. M. Congress Trans.*, 1881), 13 pouces 1/4 33,6 (cas du Dr Wilbur, *rapport New-York Lunatic Asylum* (1857) et 16 pouces 3/4 42,6 (cas du Dr Shuttleworth *Journ. Mentl. Science*, oct. 1878). Les caractères anatomo-pathologiques communs semblent être : un raccourcissement postérieur des hémisphères cérébraux tel que le cervelet restait découvert; l'arrêt de développement pendant la vie intra-utérine, ayant empêché la croissance postérieure (probablement entre le troisième et le quatrième mois de la gestation) des deux hémisphères, et contrarié le développement en détail dans ces derniers, une fois formés. Tandis que toutes les parties du cerveau sont très réduites, il a été noté que le frontal et le pariétal étaient plus développés que la région temporo-sphénoïdale et occipitale. Dans les deux cas décrits par Cunningham et Telford Smith (*Transactions de la Société royale de Dublin*, volume V, 8e partie, p. 285-352), la réduction marquée de cette partie de l'hémisphère située derrière la scissure de Rolando est notée. Ces autorités remarquent (p. 331), dans la microcéphalie « le caractère notoire et essentiel du cerveau réduit est l'état abortif du lobe occipital ». La place qui nous est assignée ne nous permet pas de puiser plus largement dans l'excellente monographie des auteurs ci-dessus mentionnés, mais ils nous ont autorisés à montrer quelques-unes de leurs illustrations.

La synostose prématurée des sutures craniennes a été indiquée comme une cause de microcéphalie, mais nos observations, parmi lesquelles dans un grand nombre de cas les sutures étaient imparfaitement fermées au 10e, 12e, 15e, 19e et même à la 29e année contredisent cette manière de voir. Comme l'a très bien dit le professeur Sir A. Humphrey, après un examen de 19 crânes de microcéphales: « Il n'y a rien, dans ces sujets, qui nous autorise à dire que le développement incomplet du cerveau était le caractère dominant de la difformité, » et, allant plus loin, il conclut que « la croissance du cerveau est le facteur déterminant de la forme du crâne ».

A l'examen microscopique, les cellules étaient de formation simple, généralement arrondies ou ovalaires, avec peu d'apophyses, lesquelles étaient petites, rabougries. Le noyau était ordinairement au centre de la cellule et présentait une lacune arrondie ; parfois, il était à la base. Le contenu était formé de protoplasma faiblement coloré.

2° L'hydrocéphalie comprend à la fois les cas d'origine posté-

rieure et antérieure à la naissance. Mais dans les deux cas, la forme de la tête, inversement ovoïde, si on la regarde par-dessus, de contour globulaire avec une saillie au-dessus des tempes, est absolument caractéristique. L'anatomie pathologique nous aidera toutefois à distinguer les deux variétés, car, d'après Meynert, on trouve dans l'hydrocéphalie congénitale une extension des ventricules latéraux dans leur long diamètre ; alors que dans les cas acquis, l'augmentation se fait dans le sens vertical et transversal.

Dans les cas congénitaux, la membrane pariétale (épendyme), limitant les cavités ventriculaires, peut être résistante et simple. Les lésions de l'hydrocéphalie peuvent être asymétriques et consister en une dilatation considérable de l'un des ventricules, l'autre restant près des dimensions normales, le ventricule droit étant plus fréquemment frappé que le gauche (Bourneville, *Recherches*, 1898, p. 91). La dilatation peut atteindre aussi les troisième et quatrième ventricules, et la compression et l'atrophie des parties comprimées peuvent en résulter ; le septum interventriculaire peut s'effacer et les hémisphères offrir une grande similitude avec un kyste volumineux ; la totalité du liquide contenu mesurant fréquemment plus d'une pinte (0 litre 5 679) ; dans un cas relaté par le Dr Beach, on a trouvé 3 pintes de liquide. Les os du crâne sont séparés par une pression interne toujours croissante, et plus le malade est jeune, plus grande est l'expansion. L'atrophie par compression est la lésion caractéristique dans ces cas, qui affectent, chez les enfants dans la période de croissance, aussi bien les cellules que les fibres nerveuses. Parfois, comme dans un cas rapporté par Bourneville, où les hémisphères du cerveau étaient absents, l'hydrocéphalie primaire est associée à une malformation résultant peut-être d'une atrophie par compression antérieurement à la naissance. Un cas intéressant de l'association des deux formes que nous venons de décrire a été publié par le Dr Alexander Hill dans le XIXe volume du *Journal d'anatomie et physiologie* (p. 363-365), sous le titre de : *Anatomie d'un cerveau hydromicrocéphale*. Dans ce cas (jeune homme de dix-neuf ans), la tête mesurait 18 pouces 1/2 (46 centimètr. 1/2), mais on ne trouva rien de suggestif dans cette configuration. Le poids du cerveau, après macération dans l'alcool pendant une semaine, était de 10 onces 1/4 (287 grammes) — frais, il avait dû peser probablement 15 onces (320 grammes), — et les parties inférieures des hémisphères étaient normalement développées ; mais les hémisphères eux-mêmes étaient remarquablement insuffisants, les ventricules étant fortement dilatés avec des parois tellement amincies qu'elles semblaient formées pour la plus grande partie de membranes ; pas plus du cinquième (1/5) du cortex normal était développé. Celui-ci était confiné à la région frontale jusqu'à la partie antérieure de la circonvolution antéro-transverse, l'ilot de Reil (qui était resté découvert), à la partie antérieure des lobes

temporal et sphénoïdal et à la région orbitale derrière la fissure triradiée. Même dans cette région, les circonvolutions avaient gardé une disposition embryonnaire. Dans la région orbitaire, en avant de la fissure triradiée, et dans les régions pariétale et occipitale, le cortex était remplacé par une membrane polie et convexe, dont l'épaisseur variait entre 75mm et 2mm,5. Le corps calleux était totalement absent, le fornix petit, et la capsule interne réduite dans ses dimensions. Les altérations étaient évidemment congénitales, et quoique la mère de cet enfant pensât qu'il était bien portant à la naissance, il semblait probable qu'il ne pourrait jamais voir, et il eut de fréquentes convulsions depuis l'âge de onze mois. Jamais il ne parla ni ne marcha; il avait le bassin déformé et s'accroupissait les jambes relevées et croisées. Il reconnaissait les voix et sentait sa nourriture. Si la personne qui le servait lui disait : « Maintenant, Harry », il ouvrait la bouche et les aliments liquides disparaissaient sans effort apparent de déglutition, « on eût dit comme de l'eau coulant dans un tube ».

3° La scaphocéphalie peut être due à un accolement prématuré de la suture sagittale, avec exagération de croissance des sutures coronale et lambdoïde, de telle sorte que la tête se rétrécit d'un côté à l'autre, s'allonge d'avant en arrière et quelquefois augmente en hauteur. D'un autre côté, elle peut être le résultat d'une élongation originelle et de l'étroitesse du crâne, et le Dr Minchin a établi que des têtes de ce type ont été observées parmi les naturels de la Nouvelle-Calédonie, des Nouvelles-Hébrides et des îles Carolines. D'après sir W. Turner, cette forme du crâne est due à des causes agissant pendant la vie intra-utérine, comme inflammation intra-utérine, ou lésions de la mère pendant la grossesse.

La scaphocéphalie ne produit pas nécessairement l'idiotie, car ce type de crâne a été rencontré chez des sujets d'intelligence normale, non seulement dans le Royaume-Uni et chez les Australiens primitifs sus-mentionnés, mais encore parmi quelques tribus du Nord de l'Amérique, qui exerçaient une pression sur la tête pendant la vie, dans le but de se conformer à une coutume ou à quelque rite religieux.

4° Dans la variété d'idiotie désignée sous le nom de *Mongolique*, la forme de la tête est caractéristique; elle est brachycéphale, la circonférence approximativement circulaire, avec une tendance au parallélisme des plans frontal et occipital. Le crâne lui-même est généralement mince et, entre autres particularités osseuses, nous notons presque invariablement dans ce type une anomalie du petit doigt, qui est anormalement court, avec un déplacement latéral de la phalange terminale donnant une apparence incurvée à ce doigt. Cette singularité est bien montrée dans une skiagraphie que nous devons au Dr Telford Smith (publié dans *The Pediatric*, oct. 1896). La peau est grossière, quelquefois furfuracée ; les cheveux souples,

sans boucles; la membrane muqueuse irritable, les lèvres souvent crevassées et la langue grande, marquée par des sillons profonds dus à l'hypertrophie des papilles fungiformes. Le Dr Archibald Garrod (*Transactions*, *Société clinique de Londres*, vol. 30, 1899) a appelé l'attention sur la fréquence des imperfections cardiaques chez les jeunes idiots mongoliques, et le Dr John Thomson, d'Edimbourg, a rapporté (*Journal médical et chirurgical de l'Ecosse*, mars 1898) le cas d'un enfant de trois ans chez qui on trouva, à l'autopsie, une insuffisance de la valvule tricuspide due probablement à une endocardite intra-utérine. Pour ce qui est du cerveau, les circonvolutions sont, en thèse générale, grandes et grossières, mais on a trouvé peu de circonvolutions secondaires. Wilmarth observe que, sur cinq cerveaux mongoliques examinés par lui, ils étaient de bonne dimension pour des cerveaux d'imbéciles, le pont de varole et la moelle seuls étant très petits, pesant dans chaque cas environ une demi-once (14 gr.), tandis que le poids est ordinairement presque deux fois plus grand. Les vaisseaux sont beaucoup plus minces que dans les cerveaux sains. La nutrition et la circulation, défectueuses chez ces enfants, conduisirent l'un à penser que l'état vicieux des vaisseaux peut être un état général. Shuttleworth exprime l'opinion que « ces idiots mongols sont essentiellement des enfants inachevés et que cet aspect singulier est réellement celui d'une phase de la vie fœtale ». (*Affections mentales des enfants*.)

5° Dans les cas névropathiques congénitaux (*genetous*), surtout des enfants nerveux ordinairement issus de parents névrotiques, nous trouvons très tôt dans la vie une irritabilité excessive, de l'insomnie et une absence d'attention soutenue et de contrôle sur soi-même. A l'autopsie de tels sujets, on a relevé des circonvolutions petites, fragiles et frisées (microgyrie).

6° Les cas d'idiotie survenant très tôt dans la vie d'enfants atteints de dégénérescence cérébrale, — comme l'ont décrite Sachs, Koplick, Kingdon et Russell, — sont groupés par Ireland sous le chef d'idiotie amaurotique congénitale (*genetous*) bien que les altérations mentales et physiques ne puissent être relevées généralement qu'à l'âge de trois mois. Des altérations symétriques de la macula ont toujours été observées dans tels cas, et la lésion essentielle du cerveau semble être la dégénérescence des cellules pyramidales du cortex (Kingdon et Russell, *Transactions médico-chirurgicales*, vol. 80).

7° Dans le crétinisme sporadique, le crâne est très bien conformé et les sutures unies. Dans quelques cas, le foramen magnum est plus petit qu'à l'état normal, les procès basilaires horizontaux, latéralement rétrécis, et le clivus, ou plan incliné formé par la réunion des procès basilaires de l'occipital et du sphénoïde, est très escarpé. Les fosses cérébelleuses sont aplanies. Le cerveau est

ordinairement de dimensions normales, mais les circonvolutions sont arrangées simplement, et parfois sont d'une largeur considérable, variant de 3/5 à 1/2 pouce, — à l'examen microscopique, les cellules sont vues arrondies ou piriformes et insuffisantes dans les procès. Il y a excès de mucine dans la peau, et de tissu fibrineux dans les poumons, le foie, la rate et les reins. Les os des extrémités sont courts et incurvés. La glande thyroïde a une structure rudimentaire ou est absente. Dans un cas, elle était hypertrophiée, mais elle ne pouvait pas accomplir sa fonction, à cause de l'affection du tissu glandulaire. Dans les cas qui n'ont pas été traités par le corps thyroïde, on trouva aux deux extrémités du cou des masses graisseuses s'étendant quelquefois vers le bas, au-dessus des clavicules.

8° Parmi les vices locaux et partiels, notés dans les cas d'idiotie nous pouvons mentionner les connexions imparfaitement commissurales des hémisphères, feu le Dr Langdon Down (*Transactions médicales et chirurgicales*, 1861 et 1866), ayant décrit deux cas d'idiotie dans lesquels le corps calleux était presque entièrement absent. La porencéphalie a été parfois notée dans la variété paralytique de l'idiotie. Shuttleworth a rapporté un cas dans lequel on trouva une brèche de 4 pouces (10 centimètres) de longueur, s'étendant de la partie antérieure du lobe frontal droit presque jusqu'à l'occipital, laissant la lame orbitale nue et découvrant une partie du ventricule latéral (*Affections mentales des enfants*, p. 51. Planche à montrer). Dans un cas relaté par Beach les parties affectées étaient le troisième ventricule, le ventricule latéral droit, le lobe occipital droit, la face convexe de la région frontale droite, et le lobe pariétal. Des vices plastiques du cervelet ont été enregistrés par Bourneville, Shuttleworth, Beach et les autres.

Passant maintenant aux cas dans lesquels les troubles se manifestent à une époque importante du développement, nous trouvons les types d'idiotie suivants :

I. Eclamptiques ;
II. Epileptiques ;
III. Syphilitiques (et aussi de la paralysie générale infantile);
IV. Cas paralytiques.

I. Les lésions pathologiques dans les cas éclamptiques, ceux associés aux convulsions graves de la dentition, semblent être localisés, des produits hémorrhagiques et des membranes adhérentes épaisses s'opposant à la nutrition normale des circonvolutions.

Le Dr Holt a trouvé dans le cas d'un enfant qui eut plus de 3 500 accès convulsifs distincts entre l'âge de dix-huit mois et de deux ans, sans toutefois présenter de troubles mentaux, des alté-

rations de dégénérescence dans les cellules nerveuses du cortex, dans la motor area, et une augmentation de la névroglie.

II. Dans les cas épileptiques de l'idiotie, le Dr Bevan-Lewis a noté un durcissement de la névroglie, des fibres et des cellules local ou diffus, avec une atrophie progressive des cellules nerveuses. « Les cellules du cerveau des imbéciles épileptiques à l'âge adulte (20 ans et au-dessus) offrent souvent une étendue considérable, un développement des neurones ou des cellules nerveuses, pas plus grand que celui qu'on observe chez l'enfant sain de trois à cinq ans. » Le Dr Andriezen, aussi bien que Bevan-Lewis, a remarqué la vacuité des noyaux des cellules corticales dans un pareil cas, encore que, comme pour le premier observateur, de telles altérations ne fussent pas observées à des épileptiques qui étaient également des imbéciles. Le Dr Echeverria considère les états morbides comme étant de caractère atrophique, diminution de la substance corticale et des éléments nerveux, avec production excessive de tissu connectif, subissant une métamorphose régressive ou adipeuse. Dans quelques cas, on a trouvé les capillaires frappés de dégénérescence crétacée ou graisseuse.

III. La syphilis, comme on le sait, n'est pas une cause commune de l'idiotie, mais dans une autopsie faite par l'un de nous (Beach) le cerveau, très petit, pesait seulement 27 onces (365 grammes) et la dure-mère fut trouvée adhérente mais facilement séparable d'une fausse membrane sous-jacente, qui avait été évidemment formée depuis quelque temps. Elle était attachée, çà et là, à la face supérieure de la pie-mère par une membrane mince qu'on pouvait suivre sur une grande distance le long du plancher du crâne. La syphilis est, d'ailleurs, une cause commune de paralysie générale infantile.

Depuis que le Dr Clouston décrivit, en 1877, un cas de l'affection chez un garçon de seize ans, sous le nom de *Paralysie générale de développement*, 100 observations environ ont été réunies. Mott a vu 18 cas, et des relations ont été publiées sur 89 autopsies. Le dernier observateur établit que, dans 16 cas où on a pratiqué l'examen post mortem, les lésions macroscopiques ordinaires de la paralysie générale furent relevées. Dans tous ces cas, l'atrophie spécialement des circonvolutions frontales et centrales du cerveau, l'épaississement de la pie-mère et l'arachnoïde, la dilatation des ventricules et l'état granuleux de l'épendyme furent observés. Dans 6 cas, l'hémisphère gauche pesait moins que le droit. L'examen microscopique montra l'atrophie des fibres tangentielles, l'atrophie et la désagrégation des neurones du cortex, spécialement des circonvolutions frontales et centrales, les occipitales n'étant relativement que peu affectées. Il y avait ordinairement une surproduc-

tion marquée de névroglie et une prolifération cellulaire autour des vaisseaux (*Archives de Neurologie*).

IV. Dans les cas paralytiques, la paralysie peut survenir avant ou après la naissance, mais la majorité des cas appartiennent à la dernière catégorie. S'il n'y a pas de convulsions, et si la lésion du cerveau est peu étendue, un progrès mental appréciable peut être accompli, alors que l'amélioration est peu marquée du côté des membres paralysés. Dans la forme acquise, il y a perte de substance nerveuse, par inflammation du cerveau ou de ses méninges, antérieure à la naissance, ou survenant dans le premier âge. Fréquemment, on relève une atrophie de l'un des hémisphères, avec une atrophie concomittante des membres du côté opposé. Dans un cas signalé par Beach, il y avait épaississement des membres, épanchement de sérosité dans l'espace sous-arachnoïdien et les ventricules, et atrophie du cervelet et du cordon spinal du côté opposé.

Sous le troisième chef, celui des « cas accidentels ou acquis », nous comprenons :

1° Les cas traumatiques, dus à la compression de la tête pendant le travail anormalement prolongé ; ou moins souvent à l'usage du forceps et les lésions produites par des accidents ;

2° Les cas post-fébriles (inflammatoires) comprenant l'idiotie hypertrophique ;

3° L'idiotie sclérotique.

I. Les premiers cas du *groupe traumatique* qui s'offrent à nous sont des paralysies de la naissance, dues à une pression sur la tête à cause de l'étroitesse du bassin, ou, dans quelques rares cas, à l'écrasement par le forceps. En règle générale, les lésions sont localisées à la région de la scissure de Rolando, et elles résultent de très petites hémorragies suivies de dégénérescence sclérotique, et souvent les circonvolutions frontales ne sont que peu intéressées. Quand il y a diplégie cérébrale, Trend a trouvé que la cause la plus fréquente est l'hémorragie méningée affectant spécialement les veines qui circulent entre la pie-mère et la dure-mère, dans les sinus longitudinaux. L'hémorragie trouvant sa voie dans la grande fissure longitudinale, exerce une pression sur les bords supérieurs des deux hémisphères. Osler ne croit pas que tous les cas sont ainsi produits, et il pense avec Jacobi que certains cas sont dus à des méningo-encéphalites fœtales. Les symptômes varient avec la compression ; quand elle est faible, ils sont relativement peu apparents ; si la pression est plus profonde, elle cause une rigidité spasmodique, de la paraplégie, ou de la diplégie cérébrale. Dans ces cas, l'intelligence peut n'être que peu atteinte, quoique l'affection soit marquée par des infirmités physiques. Les statistiques semblent montrer que les paralysies de la naissance sont plutôt dues à la négligeece qu'à l'usage judicieux du forceps.

Dans les cas d'accidents par chute sur la tête pendant le jeune âge, entravant l'intelligence, une hémorragie méningée avec produits inflammatoires s'opposant au développement normal des circonvolutions, a été relevée avec évidence. D'après Wilmurth, la lésion par les coups est plutôt diffuse que locale, mais nous avons noté des degrés variables de gravité.

2° Les *cas post-fébriles* (inflammatoires) comprennent ceux qui résultent d'inflammation des méninges et des autres parties du crâne, survenant au cours de maladies infectieuses aiguës, telles que la variole, la typhoïde, la scarlatine. Dans des cas semblables, on trouve un épaississement des méninges, quelquefois aussi un épaississement du crâne, avec ossification prématurée des fontanelles, Cullerre et Bernadini ont observé une augmentation de la névroglie, une dégénérescence graisseuse et pigmentaire des cellules nerveuses et une atrophie de leurs processus, avec diminution du nombre des ganglions et des cellules pyramidales.

L'hypertrophie du cerveau est une affection relativement rare, et est généralement confondue avec l'hydrocéphalie. Non seulement elle est causée par une augmentation de la névroglie et de la substance blanche, mais encore la nutrition semble être modifiée. Généralement, sur une coupe, on voit le cerveau anémié, de sorte que sa couleur parait blanche. Quand la calotte cranienne est enlevée, le cerveau tout entier est soulevé comme s'il était délivré d'une compression, et à l'examen, on aperçoit les circonvolutions aplaties et comprimées ensemble, de sorte que les sulci sont oblitérés. La partie principalement lésée est la substance blanche des deux hémisphères. Le poids du cerveau est très augmenté, dans quelques cas, il dépasse de 15 onces le poids normal. D'après Besch, l'hypertrophie du cerveau se distingue de l'hydrocéphalie chronique par les caractères suivants : dans l'hypertrophie, il n'est pas de règle que la tête atteigne des dimensions aussi considérables que dans l'hydrocéphalie, et dans celle-ci, l'accroissement est plus marqué aux tempes, tandis que dans l'hypertrophie elle est surtout au-dessus des arcades sourcilières ; dans l'hydrocéphalie la tête est de forme arrondie ; mais dans l'hypertrophie, elle se rapproche du type carré ; dans l'hydrocéphalie, la distance entre les yeux est augmentée, ce qui n'est pas le cas dans l'hypertrophie.

3° *Cas sclérotiques*. Cette variété a été soigneusement étudiée par Bourneville, et, comme cet éminent observateur traitera, sans doute de sa pathologie dans son rapport à la section nous devons nous contenter d'une esquisse rapide. Dans un ensemble de 300 autopsies faites par le Dr Wilmurth (*Communication sur le traitement précoce des troubles mentaux chez l'enfant* in *Annales de l'association médicale américaine*, 16 août 1894) la sclérose atrophique fut trouvée dans non moins de 96 cas. et la sclérose tubereuse fut relevée 13 fois. Les désordres sclérotiques sont, na-

turellement, dans beaucoup de cas, à la période terminale. D'après ses expériences, Beach remarque que la sclérose est généralement diffuse et s'étend sur une grande surface du cerveau. Elle n'est pas nettement circonscrite, et affecte à peu près également la substance médullaire et la substance grise. Les circonvolutions particulièrement atteintes sont les frontale, frontale ascendante, pariétale ascendante, pariétale et occipitale. En apparence, c'est comme du blanc d'œuf, dur et dense, vu l'augmentation de la névroglie et la disparition d'une partie du tissu nerveux.

Jusqu'à maintenant, il y a quelques phénomènes pathologiques qui n'ont pas été mentionnés, c'est-à-dire tumeurs du cerveau, lésions chroniques des membranes, et altérations du crâne, lesquels ont été notés à l'autopsie de sujets atteints d'idiotie.

Les tumeurs du cerveau sont de nature tuberculeuse ou gliomateuse, mais les premières sont les plus fréquentes. Elles varient des dimensions d'un noyau de cerise à celles du poing fermé ; la plus grosse que Beach ait vue était comme une petite pomme ; et elle était située dans la région frontale droite.

L'affection chronique des membranes du cerveau est beaucoup plus fréquemment observée que la forme aiguë mais toutes deux attaquent principalement la face convexe. Les symptômes les plus communs sont : la congestion et l'épaississement de la dure-mère; l'épaississement et l'opacité de l'arachnoïde, l'accolement l'une à l'autre des membranes, de la dure-mère au crâne, et de la pie-mère au cerveau, l'augmentation du liquide sous-arachnoïdien et un excès de sérosité dans les ventricules.

La surface convexe du crâne est souvent plus mince qu'à l'état normal, mais elle peut-être épaissie et éburnée. Parfois, il y a asymétrie, mais plus souvent le crâne est plus petit ou plus grand que normalement. Pour ce qui est de la base, l'état le plus intéressant est celui dans lequel il y a synostose prématurée des deux parties du sphénoïde ensemble, et avec les procès basilaires et une chute rapide du clivus ci-dessus mentionné. Pour ceux qui s'intéressent à ce sujet, ils pourront trouver une description détaillée de la pathologie de l'idiotie par Beach, dans le *Dictionnaire de médecine psychologique*, de Tuke (1892).

Pour ce qui est de l'aspect microscopique, dans les cas d'idiotie, on a déjà fait allusion aux caractères principaux en traitant des différents types. D'une façon générale, nous pouvons d'ailleurs résumer les anomalies, en disant que les cellules nerveuses sont ordinairement arrondies ou poirciformes, et pauvres en procès. Dans des coupes durcies, le nucléus a attiré vers lui le protoplasma et repoussé la matière granulée. Dans les préparations fraîches les procès se colorent bien et on peut voir les branches primaires et secondaires. Ce sont plus spécialement les cellules pyramidales qui sont atteintes. Le Dr Andriezen (*Brit. Med. Jour. May* 97) remarque

judicieusement qu'il y a une base pathologique commune à l'idiotie et l'imbécillité épileptiques, et à l'épilepsie fœtale survenant chez l'enfant, c'est-à-dire : anomalies de croissance et de nutrition imprimées à la cellule nerveuse croissante aussi bien qu'à la cellule de névroglie, et affectant de préférence l'une ou l'autre région du cerveau, fréquemment dans les territoires correspondant à une distribution vasculaire particulière.

Mais de tous les auteurs qui se sont adonnés à l'étude de l'idiotie, Hammerberg (hélas ! si prématurément enlevé par la mort) a fait les plus laborieuses et les plus minutieuses observations microscopiques, et, en terminant notre travail, nous appelons l'attention sur ses travaux et ses illustrations, qui montrent d'une façon concluante la relation entre le nombre des cellules pyramidales et des cellules fusiformes et le caractère de l'insuffisance mentale. Avec une idiotie profonde, ces cellules sont en faible proportion, et elles augmentent graduellement avec l'intelligence, tout en restant anormalement rares, même dans les cas de plus faible insuffisance mentale.

C'est à M. le Dr A.-W. Campbell, pathologiste de l'asile d'aliénés de Lancashire à Rainhill, que nous devons une série de dessins de préparations microscopiques faites dans 5 cas de cerveaux d'idiots qu'il a examinés personnellement. Ils reproduisent successivement les dispositions des cellules et des fibres nerveuses dans les différentes régions en jetant un coup d'œil comparatif avec les cas observés par Hammerberg.

Résumé du rapport sur *l'Anatomie pathologique de l'idiotie ;* par J. Mierzejewski, membre du Conseil médical, ancien professeur de clinique mentale à Saint-Pétersbourg.

La classification des différentes formes de l'idiotie proposée par M. Bourneville [1], basée sur des changements anatomo-pathologiques grossiers, évidents, la plupart morphologiques, du système nerveux central, correspond aux besoins pratiques de la science dans son état actuel ; mais la classification anatomo-pathologique basée sur l'étude de la structure délicate du tissu nerveux et de ses éléments, et sur des notions embryologiques précises, s'imposera avec le progrès de nos connaissances.

La base de toutes les lésions anatomiques des cerveaux d'idiots est la déviation du développement du tissu nerveux ; il faut chercher son origine dans la vie embryonnaire ou dans les lésions pathologiques qui se produisent dans la plus tendre enfance et sont le point de départ des déviations de développement ulté-

[1] Bourneville. *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* Compte rendu du service des enfants idiots, etc., de Bicêtre pendant l'année 1890.

rieures. Il n'existe pas de véritable arrêt de développement sous le rapport morphologique et histologique comprenant le cerveau en entier, mais il y a un véritable arrêt de développement de certaines régions du tissu cérébral. qui peut être constaté par la présence des neuroblastes. Parmi les cerveaux d'idiots qui appartiennent à cette catégorie, dont la nature histologique délicate est mieux étudiée, et qui d'après leur caractère spécial peuvent former un groupe isolé, se trouvent les cerveaux dans lesquels la substance blanche des hémisphères cérébraux est très peu développée, tandis que la substance grise de l'écorce se distingue par son abondance prodigieuse. Ces cerveaux, qui appartiennent aux microcéphales et demi-microcéphales, ont le plus souvent l'arrangement des circonvolutions microgyriques, mais ils peuvent être sans microgyrie (cas de Meine. Matell).

Le premier cas décrit dans la science est celui que j'ai communiqué au Congrès international de Genève de 1877 et qui a été publié dans les comptes rendus et mémoires de ce Congrès (p. 642 et suiv.). D'autre part, en 1878, je suis revenu avec plus de détails sur ce cas, dans une communication sur l'anatomie pathologique de l'idiotie publiée également avec des planches dans les comptes rendus du Congrès international de médecine mentale de Paris[1].

C'est cette même année, en 1878, qu'a paru l'observation de Heschl[2] (de Vienne) suivie de toute une série de recherches appartenant à Chiari[3], Otto[4], Matell[5], Marchand[6], Meine[7], Scarpatetti[8], Oppenheim[9], Brisler[10], Monakow[11], etc.

[1] Mierzewjesky. *Recherches anatomo-pathologiques sur l'idiotie.* Compte rendu du Congrès international de médecine mentale de 1878. tenu à Paris (p. 215 et suiv.).

[2] Heschl. *Ueber die vordere quere Schlafenwindung*, u. s. w. 1878. Festschrift antasslich des 20 jahrigen Jubilaeums der Irrenanstalt in Wien.

[3] Chiari. *Ueber einen Fall von Mikroggrie bei einem 13 monathigen Knaben* (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1879).

[4] Otto. *Casuistiche Beitrage zur Kentniss der Mikrogyrie.* Archiv. f. Psychiatrie, XX Band, 1 Heft.

[5] Matell. *Ein Fall von Heterotopie der grauen Substanz.* Archiv. f. Psychiatrie, XXV Band, 1 Heft.

[6] Marchand. *Beschreibung dreier Mikroaphalengehirne* (Nova acte der. Ksl. Liop. Car. Deutsche Akademie der Naturforscher Abtheilung I, Bd. LIII, A 3, Abth. II. Bd. LV, N. 3, 1890.

[7] Meine. *Ein Beitrag zur Lehre von der echten Heterotopie grauer Hirnsubstanz.* Archiv. f. Psychiatrie, XXX Bd., 2 Heft.

[8] Scarpatetti. *Mikrocephatia vera.* Arch. f. Psych. XXX Bd., 2 Heft.

[9] Oppeinheim. *Ueber Mikrogyrie*, etc. Neurologische Centralblatt 1895, N. 3.

[10] Brisler. *Klinische und pathologisch-anatomische Beitrage zur Mikrogyrie.* Archiv. f. Psychiatrie, XXXI Bd., 3 Heft.

[11] Monakow. *Ueber einen Fall von Mikrocephalie.* Archiv. f. Psychiatrie, XXXI Bd., 3 Heft. 1895.

Les cerveaux d'idiots qui nous occupent se caractérisent par le développement très faible du centre semi-ovale, par la distension énorme des ventricules, les hémisphères cérébraux se transformant en vessies à parois minces; l'épaisseur des hémisphères dans le cas décrit par Monakow atteignait de 15 à 3 millimètres, et dans le cas que j'ai décrit de 16 à 4 millimètres. Dans ce dernier cas, la substance grise comprenait les deux tiers de la paroi des hémisphères, et la substance blanche un tiers seulement et parfois même moins.

Ces cas sont de beaux exemples de l'exiguïté que peut atteindre la substance blanche des hémisphères, ils sont toujours accompagnés de microcéphalie et de microgyrie. Dans les autres cas, la substance blanche des hémisphères est amoindrie dans des dimensions moins élevées et la microgyrie peut faire défaut. Dans les cas bien étudiés sous le rapport histologique avec l'application des nouvelles méthodes de recherches (cas de Matell, Meine, Monakow, etc.), on a trouvé le manque ou le développement insuffisant des fibres myéliniques intracorticales transverses. Dans le cas de Monakow n'existaient ni fibres tangentielles zonales, ni stries de Vicq-d'Azyr; dans le cas de Matell les fibres tangentielles zonales, les stries de Baillarger et de Vicq-d'Azyr étaient développées; dans les cas de Meine les stries tangentielles n'existaient pas, mais les stries de Baillarger et de Vicq-d'Azyr étaient bien prononcées.

Quant aux associations sous-corticales courtes (unissant des circonvolutions voisines) et longues (unissant des circonvolutions lointaines), dans le cas de Monakow elles disparaissaient pour la plupart; dans le cas de Matell, de Meine, les associations courtes étaient assez développées, mais les longues voies d'association manquaient complètement ou étaient dans un état de très faible développement.

Les faisceaux radiés, assez bien développés dans le cas de Monakow étaient extrêmement minces dans le cas de Matell.

L'insuffisance de la substance blanche des hémisphères se supplée par la substance grise qui se distingue par la richesse de son développement et l'épaisseur énorme de l'écorce. La substance grise des circonvolutions se présente dans certains cas avec toutes ses couches caractéristiques bien distinctes et leurs éléments, parmi lesquels existent les cellules géantes; dans d'autres cas les cellules sont ratatinées, il n'y a pas de régularité dans leurs arrangements et les cellules géantes manquent.

Ce qui caractérise la substance grise des hémisphères de pareils cerveaux, c'est l'existence entre la quatrième couche de la substance grise de l'écorce et le centre semi-ovale, d'une couche intermédiaire large et puissante de neuroblastes (mon cas) ou une couche d'éléments ganglionnaires ressemblant à la quatrième couche de la substance grise des circonvolutions (cas de Matell,

Meine), mais se distinguant de cette dernière par l'irrégularité d'arrangement des éléments ganglionnaires. Une strie de la substance blanche sépare, dans le cas de Meine, la quatrième couche de la couche intercalée. — Quant à cette couche intermédiaire, elle est composée d'éléments ganglionnaires, les auteurs la nomment l'hétérotopie de la substance grise, quoique cette hétérotopie soit une hétérotopie diffuse et ne ressemble pas à l'hétérotopie ordinaire, car cette dernière se présente sous la forme d'îlots de cellules ganglionnaires incrustés dans la substance blanche. Chez les microcéphales avec microgyrie, la couche intercalaire est formée de neuroblastes chez les demi-microcéphales d'éléments plus développés, qui ressemblent à la quatrième couche de la substance grise de l'écorce (cellules polymorphes).

Par conséquent il existe un type particulier du cerveau du microcéphale qui se caractérise par la richesse de la substance grise et le développement insuffisant de la substance blanche et qui s'accompagne de microgyrie. Ce type se distingue du type ordinaire du cerveau microcéphalique, parce que dans ce dernier, avec amoindrissement général du tissu nerveux des hémisphères, les proportions correspondantes entre la substance grise et la blanche sont conservées. — Après ce type particulier propre à certains cerveaux de microcéphales, type représentant l'arrêt de développement de la substance blanche des hémisphères cérébraux au degré le plus avancé, viennent les cerveaux de certains demi-microcéphales; chez lesquels l'arrêt de développement de la substance blanche atteint un degré moins grand et s'accompagne de l'hétérotopie sous-corticale diffuse de la substance grise. — Mais dans ces deux cas, le type reste le même, et son caractère spécial consiste en ce que, entre la substance grise des hémisphères cérébraux et le centre semi-ovale, le tissu nerveux parfois se trouve dans un état d'arrêt de développement vrai (qui se constate par la présence des neuroblastes), et dans les autres cas dans un état de déviation de développement (qui s'exprime par la présence des éléments ressemblant aux cellules ganglionnaires de la couche profonde de l'écorce).

Sur les préparations microscopiques faites du cerveau microcéphale avec microgyrie, que j'ai présentées cette année à la Société psychiatrique de Saint-Pétersbourg, nous avons pu démontrer :

Sur une coupe faite du lobe frontal droit et colorée par la méthode de Weigert, l'épaisseur de la paroi de l'hémisphère depuis le sommet de la circonvolution jusqu'à la terminaison de la couche épendymaire du ventricule. . . . . = 11 millimètres.
l'épaisseur de la substance blanche . . . . . = 4 —
— de la substance grise. . . . . . . = 7 —
— de la couche corticale seule. . . . = 2 1/2
— de la couche des neuroblastes . . = 4 1/2

Sur une couche faite du lobe temporal droit :

l'épaisseur de la paroi de l'hémisphère . . .	=	7	millimètres.
— de la substance blanche	=	2	—
— de la substance grise.	=	5	—
— de la couche corticale seule . . .	=	2	—
— de la couche des neuroblastes . .	=	3	—

On pouvait remarquer, dans la couche corticale, les cellules pyramidales petites et grandes rangées en étages parfois irréguliers et dans les circonvolutions frontales et pariétales ascendantes de véritables cellules géantes, par la coloration de Lenhossek on pouvait y découvrir la substance chromophile. — La plus grande longeur des cellules géantes égale 0,070 millimètres, leur plus grande largeur 0,015.

La couche supérieure zonale de la substance grise était énormément développée, surtout à la place des sillons (très peu profonds) sous lesquels la substance de l'écorce paraissait provenir de la fusion de deux circonvolutions voisines, à cette place l'épaisseur de la couche zonale atteignait quelquefois 2 millimètres, cependant au sommet des circonvolutions cette couche avait de 0 m. 2 à 0 m. 4.

Les faisceaux radiés étaient très minces, cependant leur plus grande épaisseur à la base (avant radiation) atteignait quelquefois 3 millimètres (lobes frontaux), mais la plupart étaient beaucoup moins épais et très souvent ne dépassaient pas 1 millimètre.

Quant aux fibres à direction transversale de l'écorce, nous avons trouvé sur quelques préparations dans la couche zonale les fibres tangentielles faiblement prononcées. Mais nous n'avons trouvé ni feutrage superradiaire, ni les stries de Baillarger ni de Vicq-d'Azyr, ni fibres d'association externes de Meynert. Même les fibres courtes d'association de la substance blanche ou fibres en U, qui étaient si bien développées dans le cas de Meine et Matell, manquaient.

Dans les longs faisceaux d'association on pourra distinguer sur les préparations traitées par la méthode de Weigert les fibres commissurales calleuses assez bien développées et comme un rudiment du fascicule longitudinal inférieur, et des radiations de Gratiolet on peut noter peut-être un mince faisceau de la substance blanche de moins d'un demi-millimètre d'épaisseur qu'on rencontre sur la coupe vertico-transversale passant par le précuneus.

La couche de neuroblastes se présente remplie par des cellules de forme sphérique, piriforme ou ovalaire avec le protoplasma mince et transparent et le noyau bien distinct ; leur plus grande largeur égale de 0 m. 010 à 0 m. 012, leur plus grande longueur égale 0 m. 018.

On remarque aussi dans ces préparations la présence, dans la substance blanche des hémisphères, de véritables cellules ganglionnaires de forme pyramidale ou polymorphe. Ces cellules sont

très rares, dispersées, isolées et jamais agglomérées en forme d'îlots dans la substance blanche. En outre, dans la couche zonale de l'écorce paraissaient parfois des cellules ganglionnaires de grande dimension rappelant les grandes cellules pyramidales de la troisième couche de l'écorce. Ainsi on constate dans ce cerveau la présence de l'hétérotopie de cellules ganglionnaires dans la substance blanche sous-corticale et l'hétérotopie des grandes cellules pyramidales dans la couche zonale.

L'examen des cerveaux d'idiots dont nous avons exposé les principaux traits anatomo-pathologiques nous amène de prime abord à la conclusion que la richesse de la substance grise et l'abondance des cellules nerveuses peuvent être accompagnées d'idiotie. Mais dans ces cas le système de liaison des circonvolutions est arrêté dans son développement, et ce manque de voies de communication, ce défaut d'harmonie dans le développement des différents éléments nerveux, rend imparfait un organe si prodigieusement doté sous certains rapports et si pauvres sous d'autres. Mais dans le système nerveux central, tout dépend non pas de la quantité, mais de la qualité des éléments et de leurs combinaisons réciproques. De manière que la substance blanche n'est que la continuation des prolongements des cellules nerveuses : ainsi la richesse des ramifications dendriques et cylindraxiles de ces cellules favorise le développement abondant de la substance blanche, et la pauvreté de ces ramifications rend son développement insuffisant. Ainsi dans les cerveaux où la substance blanche est peu développée, les cellules nerveuses doivent être pauvres en prolongements et leur activité fonctionnelle affaiblie ou abolie. — La multiplication et la grande étendue des connexions des cellules pyramidales semble être une des conditions principales des manifestations intellectuelles. Mais la suprématie intellectuelle semble donc être le résultat moins du nombre que de la multiplicité et de l'étendue de leur connexion (Déjerine). Par conséquent la richesse des cellules nerveuses peut coexister avec l'idiotie, si les cellules sont dépourvues de leurs ramifications multiples et étendues. C'est ainsi que manquent les voies par lesquelles se propagent, s'accumulent et se combinent les forces nerveuses.

L'abondance de la couche de neuroblastes dans les hémisphères des idiots, qui indique le véritable arrêt de développement de certaines parties du tissu cérébral, provoque sans doute l'insuffisance des fonctions du système nerveux jointe à la manifestation de l'intellect. — Mais les neuroblastes dans des conditions favorables de nutrition peuvent, peut-être, se transformer en éléments d'ordre supérieur, c'est-à-dire en cellules nerveuses. Dans la couche des neuroblastes se rencontrent quelquefois des cellules polymorphes. Ainsi les neuroblastes qui conservent un certain temps leurs formes embryonnaires, et qui se trouvent dans un état de léthargie fonc-

tionnelle, peuvent sous l'influence d'une impulsion propice se transformer en cellules nerveuses et contribuer à rehausser l'activité des fonctions cérébrales. C'est ainsi peut-être que s'expliquent des cas de profonde idiotie sans espérance, dans lesquels succède quelquefois d'une manière, pour nous incompréhensible, une amélioration notable des facultés intellectuelles, et l'idiot paraît se réveiller d'un sommeil prolongé, en conservant tout de même pour toujours le cachet de son infirmité psychique mais dans un degré moins prononcé.

Résumé du rapport sur l'*Anatomie pathologique de l'idiotie*;
par le Dr Bourneville.

Le rapporteur a fait à la Section une véritable *leçon de choses*. Pour chaque forme pathologique il a montré deux ou trois *cerveaux* ainsi que leurs photographies, avec les *crânes* correspondants, les photographies des cerveaux et celles des malades, prises tous les deux ans, depuis leur entrée jusqu'à leur mort. Puis il a terminé ainsi :

En nous appuyant sur les travaux que nous avons poursuivis depuis vingt-cinq ans, soit à la Salpêtrière, soit surtout à Bicêtre et sur les mémoires et les notes qui ont été publiés durant la même période sur l'*idiotie* ou mieux les *idioties*, nous sommes amené à distinguer, quant à présent, *au point de vue anatomo-pathologique*, les formes suivantes :

1° Idiotie symptomatique de *méningite chronique* (*idiotie méningitique*) ;

2° Idiotie symptomatique de *méningo-encéphalite chronique* (*I. méningo-encéphalitique*) ;

3° Idiotie symptomatique d'un *arrêt de développement* des circonvolutions sans malformations, avec lésions des cellules nerveuses (*Idiotie congénitale idiopathique*) ;

4° Idiotie symptomatique de *sclérose hypertrophique* ou *tubéreuse* ;

5° Idiotie symptomatique de *sclérose atrophique* : *a*) sclérose d'un hémisphère ou des deux hémisphères du cerveau (*sc. hémisphérique ou di-hémisphérique*) ; — *b*) sclérose d'un lobe du cerveau (*sc. lobaire*) ; — *c*) sclérose des circonvolutions isolées : — *d*) *sclérose chagrinée* du cerveau (?) ;

6° Idiotie hémiplégique ou diplégique symptomatiques de *lésions en foyer* dues à une oblitération vasculaire ou à une hémorragie (*pseudo-porencéphalie*, etc.) ;

7° Idiotie symptomatique de l'*hydrocéphalie* ventriculaire simple ou compliquée d'h. extra-ventriculaire (*Idiotie hydrocéphalique*) ;

8° Idiotie avec cachexie pachydermique ou *idiotie myxœdémateuse* liée à l'*absence de la glande thyroïde ;*

9° Idiotie symptomatique d'un arrêt de développement du cerveau *avec malformations congénitales* (*porencéphalie vraie*, absence du corps calleux, etc.).

10° Idiotie symptomatique de *microcéphalie* par arrêt de développement avec ou sans malformations, ou reconnaissant pour causes des lésions survenues après la naissance (*I. microcéphalique proprement dite ou symptomatique*).

Nous n'avons observé aucun cas d'idiotie pouvant être rattaché exclusivement à une lésion osseuse, en particulier à une *synostose prématurée* des os du crâne [1].

M. le Dr Oberthur a complété la communication de M. Bourneville par un exposé des examens histologiques pratiqués sur les cerveaux des enfants décédés dans la section speciale de Bicêtre. Nous publierons ultérieurement cette seconde partie du *Rapport* de M. Bourneville sur l'anatomie pathologique de l'idiotie.

M. Toulouse a soulevé ensuite la question de la *Paralysie générale infantile* et discuté avec M. Régis la question de l'idiotie par méningo-encéphalite-diffuse, avec ou saus hérédo-syphilis. Ces cas forment avec l'idiotie ordinaire d'une part, la paralysie générale infantile et juvénile une série d'intermédiaires difficiles à catégoriser et pour lesquels il importerait d'adopter un terme de mesure, âge ou phase de développement.

Séance du 6 août. — Présidence de M. Magnan.

Cette séance est consacrée à la 3e question générale : *De l'alitement dans le traitement de la folie* ou *clinothérapie*. L'auteur du premier rapport, M. le professeur Korsakow est mort peu avant la réunion du Congrès. Avant de donner la parole à M. le Dr Serbski, pour donner lecture de ce rapport qui figure en tête de notre numéro, M. Ritti, secrétaire général de la section de psychiatrie, retrace la vie scientifique du professeur Korsakow.

Voici maintenant les conclusions du second rapport sur la même question, par M. le Dr Cl. Neisser (de Leubus) :

1° Il est de principe général, que pour tous les individus dont l'attitude et la conduite sont désordonnées, agitées ou seulement frappantes, qu'il s'agisse des maniaques, mélancoliques, des hallucinés, des malades atteints du délire systématisé, des épileptiques, des paralytiques généraux ou des malades atteints de la démence, le mieux est encore l'alitement. Naturellement, le méde-

[1] Ce rapport sera publié ultérieurement soit dans le *Progrès médical*, soit dans les *Archives*.

cin pourra permettre au malade, si bon lui semble, de quitter le *lit*, pour prendre part à un travail, à une distraction, à une promenade au jardin, et aux repas en commun; mais ce qu'il faut rigoureusement interdire et remplacer par l'alitement, ce sont les stations stupides, les flâneries et le grouillement dans les corridors et dans les salles de réunion;

2° Le malade sera mis au lit dès son arrivée, ou plutôt après le bain, première application thérapeutique. Comme il est indispensable que le malade soit au lit pour le premier examen médical, toute indication spéciale pour cette application thérapeutique est superflue. En d'autres termes, « l'alitement est le régime qui s'impose tout naturellement »; il ne pourra être supprimé, temporairement ou définitivement, que dans des cas spéciaux déterminés par ordonnance médicale;

3° L'alitement facilite la surveillance et les soins nécessaires et, sans lui, dans certains cas, ceux-ci seraient « même impossibles »; donc, pour cette raison et dans l'intérêt général, son application « peut » être indiquée aussi pour des malades reconnus incapables de subir une action thérapeutique directe (soit dès l'abord, soit pendant le cours de la maladie).

4° L'alitement n'est pas un traitement spécifique des psychoses, pas plus que des maladies fiévreuses ou amenant la consomption. Il n'est qu'un des moyens de la thérapeutique, qui d'ailleurs doit être appropriée au cas et à l'individu. L'application de l'alitement, moyen thérapeutique le plus simple, le plus naturel et le plus général, à des aliénés, a été considérée comme un système presque nouveau et spécial; or, il ne l'est pas et de par sa nature même ne peut pas l'être; ce fait trouve son explication dans l'historique de la psychiatrie;

5° « L'alitement ne répond qu'à une seule indication thérapeutique », le repos cérébral. Je tiens à bien préciser ce terme « physiologique » et à le mettre en opposition avec les suggestions « psychiques »;

6° Il est donc indiqué dans tous les cas où il faut agir contre des symptômes d'irritation, premièrement dans toutes les maladies de forme aiguë;

7° Il faut tenir compte de l'état mental individuel, surtout en plaçant et groupant les malades d'une façon judicieuse, soit dans une des salles communes, soit en chambre séparée, la porte étant ouverte ou fermée, mais toujours sous une surveillance continue. « L'individualisation la plus précise est une nécessité absolue dans cette question »;

8° D'une part, aussi longtemps qu'il existe un état maladif aigu, l'essentiel dans la thérapeutique c'est le repos physique, c'est-à-dire le repos de l'organe malade; d'autre part, dès que les manifestations aiguës commencent à disparaître, sans tendance vers la

guérison, la thérapeutique doit conserver et activer les restes de la personnalité psychique en imposant au malade des occupations *ad hoc* à partir d'un moment donné. Ce moment est difficile à déterminer. Si on le laisse échapper, le malade prend facilement la manie du lit, préjudiciable à son physique et à son moral, manie difficile à combattre. Il est donc à recommander, quelquefois déjà pendant la période aiguë, de combiner l'alitement avec le travail et le mouvement en plein air, ce qu'on peut faire du reste de plusieurs manières (occupation au lit, succession alternative du repos et du travail ou des promenades, système mixte de Toulouse). Il est à remarquer que, dans la majorité des maladies mentales juvéniles, l'alitement ne doit pas se prolonger trop longtemps).

1° L'alitement n'entraîne pas forcément des modifications considérables dans la construction et peut être pratiqué aussi dans les anciens établissements, témoins les plans de Leubus ;

2° Il faut repousser définitivement les divisions ne renfermant que des cellules isolées (sauf dans les asiles des criminels) ;

3° Il est désirable d'avoir à sa disposition le plus grand nombre possible de divisions pas trop grandes et variées. Etant donnés des asiles mixtes pour des curables et des incurables, de dimension moyenne, on établira la proportion suivante : pour chaque centaine de malades, deux ou trois divisions renfermant chacune à peu près vingt lits. Chacune de ces divisions comprendra trois ou quatre chambres de différente grandeur et agréablement aménagées pour les alités en commun, une chambre de réunion et deux ou trois chambres séparées. Les chambres doivent être disposées de façon qu'une surveillance suffisante puisse être exercée par un petit nombre de gardes. Il y en aura toujours au moins deux en service dans chaque division ;

4° Chaque division renfermera le nécessaire pour les bains ;

5° On comptera 100, tout au plus 200 malades pour un seul médecin, même si les malades ne changent pas fréquemment. Autrement l'alitement est difficile à pratiquer de même que toute espèce de traitement médical en général ;

6° L'alitement n'entraîne une augmentation du nombre des gardes que si la durée de leur service est abrégée et que le remplacement se fait plus souvent. Il est évident qu'en soignant réellement des malades on se fatigue davantage qu'en surveillant des hommes renfermés en cellules ou même enchaînés ;

7° Les gardes sont forcément subordonnés au médecin et dirigés par lui ;

8° Par l'alitement en commun on gagne de la place, les chambres à coucher séparées n'étant plus nécessaires pour nombre de malades ;

9° Des statistiques faites à Leubus font voir que l'alitement est

une source de quelques économies aussi au point de vue administratif (habillement).

Le troisième rapport qui avait été confié à notre très distingué confrère, le Dr Julien Morel (de Mons), se résume ainsi :

I. Tout aliéné admis dans un établissement devant faire l'objet d'un examen physique et psychique, sera confié au quartier d'observation. Pour que cet examen soit aussi complet que possible, le médecin devra pouvoir disposer de tous les éléments d'applicetion, suivant les dernières ressources de la science.

II. Seront confiés au lit : 1° tous les malades atteints de psychoses aiguës ou de psychoses chroniques présentant des états intercurrents d'excitation ou de dépression ; 2° tous les malades souffrant d'un trouble de la nutrition générale ; 3° tous les malades qui ne savent pas se conduire conformément aux règles de la vie ordinaire : gâteux, malades refusant leur nourriture, ou ayant une tendance au suicide, à la destruction, etc. ; 4° tous les malades atteints d'une affection somatique d'une certaine gravité.

III. Pour atteindre efficacement le but de l'alimentation il faut : 1° que l'établissement possède un corps médical compétent proportionné aux nécessités du service ; 2° que les différents médecins attachés à l'établissement, y soient logés et qu'ils aient chacun un rôle efficace dans l'observation et le traitement des malades ; 3° qu'on ne se serve d'aucun moyen de contrainte, sauf dans des cas très rares et exceptionnels ; 4° que le personnel médical se charge de l'instruction professionnelle des gardiens et qu'il en élimine tous les éléments n'offrant pas des garanties suffisantes ; 5° que le personnel des gardiens soit composé de personnes intelligentes et à moral irréprochable suffisamment rémunérées et disposant d'une pension de retraite après un certain nombre d'années de service ; 6° que les bâtiments et les accessoires répondent à tous les desiderata quant au confortable pour l'aliéné et pour le personnel.

La lecture de ces trois rapports a donné lieu à la discussion ci-après :

M. Doutrebente a fait l'essai de l'alitement dans son asile de Blois, mais dans les proportions limitées que comporte un asile où il n'y a que deux médecins. Il faut être très prudent dans le choix des malades. Y a-t-il des résultats thérapeutiques, en dehors de la mélancolie ? Dans la paralysie générale et la démence précoce, l'auteur a obtenu des résultats mauvais. Dans la manie franche, les résultats furent meilleurs.

M. Neisser soutient que l'alitement est un procédé thérapeutique de choix dans le traitement de toutes les affections mentales.

M. Briand pratique l'alitement depuis quatre ans. Certains paralytiques n'en sont pas justiciables, parce qu'il faut exercer une certaine violence qui pourrait être préjudiciable.

M. Ischisch dit que grâce à l'alitement l'aspect de l'asile est amélioré, mais la durée des affections mentales n'est pas abrégée.

M. Magnan proteste contre cette manière de voir, de l'orateur précédent. Ses observations lui prouvent au contraire que les aliénés profitent sûrement de la méthode de l'alitement. Ainsi, la manie suraiguë se trouve rapidement transformée en manie subaiguë grâce à cette méthode. De plus, la convalescence arrive plus rapidement.

Les recherches de ces deux auteurs ont porté sur 90 malades femmes. Ils les ont divisées en deux groupes : 1° celles dont la folie était ancienne ; sur celles-ci ils ont plus particulièrement étudié les effets symptomatiques de l'alitement ; 2° celles dont la folie était récente ; sur ces dernières ils ont surtout étudié les effets de la clinothérapie.

A. Les premières malades sont au nombre de 35 et réunissent les divers genres de l'aliénation mentale. Chez celles-là, bien que d'aucunes aient gardé le lit jusqu'à près de six mois, ils n'ont obtenu aucun effet utile, quelles qu'aient été la nature et la forme de l'aliénation mentale.

B. Les secondes sont au nombre de 55 et présentent toutes une des formes ou l'un des genres d'aliénation mentale que l'on regarde comme susceptibles de guérison (manie, lypémanie, folie post-infectieuse, folie psycho-sensorielle, la folie des persécutions exceptée, folie alcoolique).

Sur ces 55 malades : la guérison dans le lit a été obtenue 11 fois, soit dans 20 p. 100 des cas ; 35 fois les auteurs de la communication ont été obligés de faire lever leurs malades ; ou bien parce que, malgré la prolongation de l'alitement pendant deux, trois mois et plus, celui-ci ne produisait aucun effet utile ; ou bien parce que se manifestaient des troubles physiques ou psychiques (perte d'appétit, anémie, diminution de poids, céphalées, vertiges, onanisme, gâtisme, aggravation du délire) ; parmi ces dernières malades, 13 ont guéri ultérieurement, une fois levées. Enfin 6 décès se sont produits et 3 malades sont encore actuellement alitées depuis plus de deux mois sans que leur état se soit modifié.

Ces constatations faites, MM. Mairet et Ardin-Delteil, prenant leurs malades atteints des mêmes genres de folie que les alitées, ont établi pour les années 1896, 1897 et 1898, une proportion des guérisons par rapport aux entrées, dans ces mêmes catégories. Ils ont obtenu les proportions respectives de 42 p. 100, 4,6 p. 100 et 33,33 p. 100.

Ces proportions, comparées à celle donnée par l'alitement, montrent que celle-ci leur est bien inférieure (20 p. 100) ; si l'on porte même à l'actif de ce procédé thérapeutique les 13 malades guéries après le lever, la nouvelle proportion obtenue se meut dans les limites de celles qu'on obtient par les méthodes ordinaires ; elle est, en effet, de 43,6 p. 100. D'où les conclusions suivantes :

a) Dans la folie ancienne, l'alitement, comparé au lever, n'a aucun effet utile ni sur la maladie, ni sur le délire, ni sur l'agitation ou la dépression ; *b*) dans les folies récentes, envisagées au point de vue de la curabilité :

1° L'alitement est loin de pouvoir être considéré comme une méthode de traitement devant être généralisée à tous les cas ;

2° La plupart du temps il est inutile, ou produit des troubles physiqnes ou psychiques qui sont des indications formelles pour faire lever les malades ;

3° L'alitement, dans certains cas, paraît utile en ce sens qu'il diminue la durée de la maladie. Ce seraient plus particulièrement la manie intermittente et les aliénations mentales post-infectieuses qui bénéficieraient de ces effets utiles. Mais nos observations sont trop peu nombreuses encore, pour peu que nous puissions formuler des conclusions fermes à ce sujet ;

4° L'alitement n'enraye en rien la mortalité.

Section de Neurologie.

Séance du 2 août (suite). — PRÉSIDENCE DU PROFESSEUR HITZIG.

Résumé du rapport sur l'*Importance du centre auditif du langage comme organe d'arrêt du mécanisme du langage ;* par le professeur A. PICK (de Prague).

Depuis que l'on a appris à connaître le mécanisme frénateur dans le domaine des nerfs cardiaques, on était sur le point d'en faire l'application aux phénomènes cérébraux supérieurs ; mais on ne peut méconnaître que ces essais, transportés aussi dans la pathologie, découlaient tous essentiellement jusqu'ici d'une analogie ; et, bien que tout récemment on ait montré des mécanismes frénateurs en rapport avec des phénomènes intra-cérébraux, on n'a pas réussi encore, notamment par suite de la complexité des phénomènes connexes, à montrer de vraies actions d'arrêt et leurs troubles dans le domaine des faits psychiques ou des phénomènes attenants.

Seulement, avec le temps, lorsque l'étude approfondie du mécanisme du langage offrit l'occasion d'approcher avec espoir, au moins d'un côté, de la compréhension de ces faits, la connais-

sance nous apparut d'un vrai mécanisme frénateur dans ce domaine même.

Tandis que tout d'abord Hughlings Jackson, dans le cadre de sa doctrine de l'évolution et de la dissolution, cherchait à expliquer toute la doctrine des aphasies dans son ensemble par un système de mécanismes frénateurs et par leurs troubles, Wernicke et Broadbent ont fourni la démonstration clinique que les fonctions du centre moteur du langage s'accompagnent sous la direction du centre auditif. Cependant, l'observation de cas analogues prouve qu'il ne faut pas seulement considérer les fonctions auditives du centre auditif dans sa relation avec le centre moteur, le trouble de cette relation expliquant manifestement, pour ces auteurs, la paraphasie ; mais, bien plus, cette observation montre que le centre auditif de la parole est réellement un vrai centre frénateur pour le moteur dont les fonctions, après la destruction ou l'affaiblissement de la fonction du premier, se déchainent au moins pour quelque temps libres de tout frein ; c'est le fait connu que des malades avec surdité verbale survenue brusquement présentent, en dehors de la paraphasie, un trouble tout spécial, une « logorrhée » : ils bredouillent spontanément, pendant longtemps, sans discontinuer, ou bien réagissent de cette façon, chaque fois qu'une incitation quelconque est fournie au mécanisme du langage, par une question, par exemple.

On pourrait interpréter ce fait de deux façons : tout d'abord, on admit un état d'excitation du centre moteur ; mais qu'on considère que ce phénomène ne se produisit chaque fois qu'avec une lésion exclusive du centre auditif ou avec sa participation, jamais avec une lésion isolée du centre moteur lui-même : cela seul écarte la théorie de l'excitation, et une autre explication se présente, à savoir que la logorrhée est la conséquence de la perte d'une fonction d'arrêt directrice dévolue au centre auditif.

Les rares auteurs qui se sont occupés de ce phénomène inclinent bien vers cette explication, mais, en général, ce fait, significatif en principe, n'est pas encore considéré comme suffisant.

Or, on peut montrer que non seulement la forme et la marche du phénomène se comprennent au mieux par l'explication que nous en donnons, mais encore que la relative rareté du phénomène se comprend par l'influence nécessaire de maladies *très déterminées* et par leur action sur le centre auditif et ses environs ; mieux encore, on peut prouver que d'autres troubles en partie fonctionnels du même genre, certaines formes d'écholalie, la logorrhée paraphasique dans le petit-mal et dans l'hémicranie concomitante, non seulement se comprennent mieux avec cette explication, mais encore paraissent ainsi en connexion plus exacte avec d'autres symptômes qui les accompagnent.

Mais l'importance de principe de cette démonstration réside

avant tout en ce que la première preuve certaine paraît fournie, que dans le domaine même des phénomènes psychiques supérieurs, entrent en jeu des mécanismes frénateurs identiques à ceux qu'on montre maintenant en nombre toujours plus grand, dans le domaine des fonctions nerveuses inférieures; et, par là, les essais tentés jusqu'ici d'appliquer des mécanismes frénateurs dans l'interprétation de phénomènes psychiques et psychopatique reçoivent une base assurée.

Résumé du rapport sur *Aphasie motrice pure sans agraphie* (*Aphémie pure*); par M. P. Ladame (de Genève).

La confusion qui règne encore dans la manière d'envisager les diverses variétés d'aphasie motrice provient de ce qu'on n'a pas tracé jusqu'ici une ligne de démarcation suffisamment nette entre les aphasies et les anarthries. Nous pensons que la doctrine des neurones peut jeter une vive lumière sur cette question, et nous prenons le postulat suivant pour base de la distinction qui doit être faite entre les anarthries et les aphasies :

Les *anarthries* résultent d'une lésion des **neurones de projection** qui constituent les faisceaux moteurs de l'appareil de la phonation. Il existe ici, comme pour les autres mouvements volontaires, deux groupes au moins de neurones superposés : les neurones périphériques dont les cellules d'origine sont dans les noyaux bulbaires, et les neurones centraux, ou cortico-bulbaires, qui ont leur origine dans les grandes cellules pyramidales des opercules frontal et rolandique de chaque hémisphère. On voit que, pour nous, l'anarthrie peut avoir une origine corticale, et n'est pas seulement le symptôme d'une lésion bulbaire ou pseudo-bulbaire de la région capsulaire, qui caractériserait l'aphasie motrice dite sous-corticale.

Les *aphasies*, par contre, sont la conséquence de la lésion des **neurones d'association** intra-corticaux ou trans-corticaux, et trans-hémisphériques ou commissuraux. On sait que le centre de Broca, où se trouve le siège de l'aphasie motrice, renferme surtout des fibres d'association qui le mettent en communication avec les divers autres centres corticaux, et tout spécialement avec ceux du langage articulé, sensoriels et moteurs, le centre auditif verbal, le centre visuel des mots, celui des mouvements de la main éduquée pour l'écriture, et les centres moteurs phonétiques bilatéraux, ceux du larynx, de la langue et des lèvres, en rapport avec la voix et la parole.

Dans l'*aphasie motrice ordinaire* (type Bouillaud-Broca), la plupart des voies d'association de la circonvolution de Broca sont plus ou moins touchées, et les symptômes qui en découlent sont en rapport avec la complication des lésions. Dans l'*aphasie motrice*

pure (sans agraphie) ou *aphémie pure*, la lésion est localisée dans les neurones d'association qui mettent le centre de Broca en connexion avec les centres phonétiques des circonvolutions rolandiques des deux hémisphères. Le faisceau d'association qui relie le pied de la troisième frontale au centre moteur de l'écriture[1] reste alors tout à fait indemne.

L'aphasie motrice pure peut donc être, à notre avis, aussi bien *corticale* que *sous-corticale*. Ce qui en fait la particularité, ce n'est pas, comme on l'a enseigné, le siège de la lésion dans les faisceaux blancs sous-jacents à l'écorce du pied de la troisième circonvolution frontale (le faisceau pédiculo-frontal inférieur de Pitres), mais c'est plutôt la lésion localisée dans les faisceaux d'association que nous pourrions appeler *faisceaux d'association psycho-moteurs phonétiques*, aussi bien dans leur origine corticale que dans leur trajet sous-cortical, ou plus justement inter-cortical, et inter-hémisphérique (par le corps calleux).

Cliniquement, l'aphasie motrice pure, sans complications d'aucune espèce, se manifeste par les symptômes suivants :

1° Perte de la parole volontaire ; 2° perte de la parole répétée ; 3° Perte de la lecture à haute voix.

Sont conservées : 1° l'écriture spontanée ; 2° l'écriture sous-dictée ; 3° la faculté de copier ; 4° la compréhension des mots (parlés ou lus).

En un mot, il y a une intégrité complète du « langage intérieur ».

Nous insistons spécialement sur un symptôme que nous avons toujours retrouvé dans les cas typiques d'aphasie motrice pure : c'est la perte absolue de la parole, le *mutisme complet*. Ce signe suffirait à lui seul pour différencier les aphasiques moteurs purs de ceux qui sont atteints de l'aphasie motrice vulgaire (type Bouillaud-Broca), où l'on constate la conservation de quelques mots, d'un membre de phrase ou d'une phrase, même de plusieurs phrases entières.

Quant au *diagnostic différentiel*, l'aphasie motrice pure peut être confondue avec le *mutisme hystérique* et la *simulation* du mutisme. A ce point de vue, la variété d'aphasie que nous étudions a une certaine importance médico-légale. L'aphasie motrice pure (sans agraphie) se distingue de l'attaque d'aphasie de nature hystérique par son étiologie, par les symptômes concomitants, par la marche

[1] Remarquons que tout le monde est d'accord pour admettre un centre cortical qui préside aux mouvements de l'écriture. La discussion porte seulement sur la question de savoir, si l'écriture possède un centre autonome dans le pied de F_2, ou si son centre cortical se confond avec celui des mouvements de la main droite dans la région moyenne de Fa gauche, éduquée spécialement pour le langage écrit.

de la maladie et sa terminaison, enfin par les résultats du traitement. La simulation du mutisme est infiniment plus rare que ne le pensaient les anciens médecins. Elle sera facilement déjouée par une observation attentive du malade et une étude soigneuse des commémoratifs.

En résumé, nous concluons qu'il faut abandonner complètement les termes impropres d'*aphasie motrice corticale* et *sous-corticale* qui prêtent à l'équivoque et confondent dans une même catégorie les anarthries centrales et les aphasies motrices proprement dites.

Réservant le nom d'*aphasie* au trouble provoqué par la lésion des neurones d'association dans la zone du langage des hémisphères cérébraux, nous proposons en conséquence de classer les aphasies motrices d'après le siège des lésions dans les faisceaux d'association qui aboutissent à la circonvolution de Broca ou qui en émanent, que ces lésions soient dans les cellules d'origine des neurones ou dans les voies conductrices de la substance blanche. En tenant compte des réalités cliniques connues, nous arrivons, d'après ces principes, à la classification suivante :

APHASIES MOTRICES

A. *Aphasies motrices pures.* — Lésion isolée des neurones d'association du centre de Broca avec les autres centres moteurs corticaux en rapport avec la parole, parlée ou écrite.

1. *Aphémie pure*, sans agraphie, ni autre complication motrice corticale. Lésion des faisceaux de neurones qui mettent le centre de Broca en communication avec les centres phonétiques des opercules frontaux et rolandiques (faisceaux d'association psychomoteurs phonétiques).

2. *Agraphie pure*, sans aphémie, ni complication motrice ou sensorielle corticales (?). Lésion du faisceau des neurones qui relient le centre de Broca au centre de la main éduquée pour l'écriture. (Les observations de cette forme d'aphasie motrice pure n'ont pas encore levé tous les doutes sur sa réalité clinique.)

B. *Aphasies motrices complexes.* — Lésions combinées des divers faisceaux qui partent du centre de Broca ou qui y aboutissent. Trois groupes principaux :

1. *Aphasie motrice vulgaire* (type Bouillaud-Broca). — Lésion plus ou moins complète de plusieurs faisceaux des neurones d'association reliant la circonvolution de Broca aux centres corticaux psycho-moteurs, qui sont eux-mêmes plus ou moins atteints par la lésion. (Les diverses variétés cliniques de l'aphasie motrice ordinaire, avec ou sans agraphie, avec paralysies, monoplégies ou hémiplégies, accès épileptiformes, contractures, etc.) Nous devons mentionner une variété particulière d'aphasie de ce premier

groupe, qui a souvent été décrite comme *aphasie motrice sous-corticale*, et qui est une conséquence de la lésion des neurones phonétiques de projection des opercules, combinée à celle des faisceaux phonétiques d'association de la circonvolution de Broca avec ces centres. Il résulte de cette complication une *aphémie-anarthrie*, avec troubles moteurs des organes de l'articulation des mots, parésies variables des cordes vocales, du voile du palais, de la langue et des lèvres. C'est ici le point de jonction où l'anarthrie corticale et l'aphasie motrice se confondent.

2. *Aphasie sensorio-motrice.* — Lésion plus ou moins complète des neurones d'association qui mettent la circonvolution de Broca en connexion avec les centres des aphasies sensorielles. (Combinaisons diverses de l'aphasie motrice avec la surdité et la cécité verbales.) Quand toutes les voies de communication des centres corticaux du langage sont détruites, on dit qu'il y a *aphasie totale*.

3. *Aphasie avec troubles intellectuels.* — Lésions multiples et variées des neurones d'association psychiques répandus sur toutes les régions de l'écorce des hémisphères.

COMMUNICATIONS DIVERSES

L'Écriture en miroir; par M. GILBERT BALLET (de Paris).

On sait que Buchwald, en 1878, a découvert chez certains hémiplégiques droits qu'on fait écrire de la main gauche une écriture qu'il crut particulière et qu'il appela *écriture en miroir*. Il la considéra d'abord, et plus tard Erlenmeyer avec lui, comme une écriture pathologique. Depuis, C. Vogt a montré que *l'écriture en miroir est l'écriture normale de la main gauche*. Cette formule est exacte, mais exige quelques additions complémentaires. Les cas analogues à celui d'une petite fille que nous avons récemment observée sont de nature à mettre en relief les conditions qui favorisent ou entravent le développement de l'écriture en miroir : cette enfant, âgée de huit ans et demi, *née gauchère*, apprit seule, à l'âge de six ans, à écrire en regardant sa sœur aînée ; elle écrivit spontanément de la main gauche *en miroir;* plus tard, sous l'influence de l'enseignement qu'elle reçut et des habitudes qu'on lui inculqua, elle prit celle d'écrire *en écriture droite* de la main droite d'abord, puis de la main gauche. Le cas de cette fillette concourt à démontrer, ce qu'établissent beaucoup d'autres faits auxquels on n'a pas attaché suffisamment d'importance, que ce sont les *gauchers* qui sont capables d'écrire aisément et bien en miroir. Il aide, en outre, à comprendre pourquoi tous les gauchers n'écrivent pas de la main gauche et en miroir : c'est que l'éducation vient entraver le développement des tendances naturelles de beaucoup d'entre eux. On

doit, à notre avis, substituer à la formule de C. Vogt la suivante, qui est à la fois plus complète et plus précise : *l'écriture en miroir et de la main gauche est l'écriture normale chez les gauchers dont l'éducation n'a pas faussé la tendance naturelle.*

L'Écriture en miroir; par Paul SOLLIER (de Paris).

La question est beaucoup plus complexe qu'elle ne paraît. Ni l'attention, ni la faiblesse intellectuelle, ni un trouble moteur ne suffisent à l'expliquer. Si on examine les gens atteints d'écriture en miroir, on s'aperçoit qu'ils ont une erreur de perception dans l'appréciation de la droite et de la gauche des objets et des personnes, alors qu'ils ne sont pas gauchers. Les variétés de cette écriture qu'on observe chez les hystériques montrent qu'on doit l'attribuer aussi à ce trouble de la représentation. Expérimentalement, on peut reproduire toutes les particularités relevées chez des sujets normaux ou hystériques, en provoquant par suggestion l'allochirie chez une hystérique. Le sens de la représentation des mots écrits sur le front soit avec la main droite, soit avec la gauche, où le sens tactile intervient, est également interverti chez les gens atteints d'écriture en miroir. Ce trouble de l'écriture, qui se montre aussi pour la lecture, tient très vraisemblablement à un trouble de représentation et de perception.

Sur la physiologie de la vision chez le chien: par le professeur HITZIG (de Halle). (Projections.)

La plupart des partisans de la théorie des localisations du cerveau ont noté des troubles de la vue aussi bien dans les lésions du cerveau antérieur que dans celles de la sphère visuelle, troubles qui, d'après Munk, seraient uniquement dus à des troubles de voisinage, portant sur la sphère visuelle, ou à des défauts de technique opératoire.

La communication que je fais aujourd'hui a trait à certaines méthodes opératoires en même temps qu'aux rapports qui existent chez le chien entre la vue et le gyrus sigmoïde et la sphère visuelle. Après extirpation de la dure-mère sans lésion de la pie-mère, on observe, en opérant aseptiquement, les même symptômes qu'après l'extirpation des points correspondants de l'écorce. A la coupe on trouve au niveau des régions dénudées des altérations anatomiques intenses dans l'écorce et la substance blanche sous-jacente. Il s'ensuit donc que, si légère que soit l'atteinte portée à l'écorce, on n'est pas en droit de la localiser à l'écorce seule.

D'autres méthodes opératoires ont été employées : cautérisation par l'acide phénique à 5 p. 100 qui provoque une nécrose profonde ; des scarifications ou des extirpations plus ou moins étendues, des

séparations de l'écorce de la substance blanche sous-jacente. Tous les chiens ont été observés dans l'appareil à suspension et l'épreuve de leur champ visuel a été pratiquée à l'aide de morceaux de viande.

Grâce à l'application sur le gyrus sigmoïde de ces diverses méthodes, des troubles de la vue se sont montrés avec évidence, qui ne peuvent certainement pas être imputés à une lésion indémontrable au niveau de la sphère de Munk.

Mais si la région de Munk vient à être lésée et si on attend la disparition des troubles qu'entraîne cette lésion, et qu'on intéresse par une altération superficielle le gyrus sigmoïde, on n'observe aucun trouble visuel. Ces troubles peuvent apparaître cependant après des extirpations profondes.

Si l'on opère d'abord sur le gyrus sigmoïde, et qu'ensuite, après réparation des troubles ainsi provoqués, on lèse le point A. I. et son voisinage, si enfin on pratique une coupe entre ce point et la substance blanche, dans la règle aucun trouble visuel ne se produit.

Par ces opérations de contrôle il est prouvé que : 1° La localisation de Munk ne peut pas être le siège du centre visuel cortical. et 2° que cette localisation aussi bien que le gyrus sigmoïde est en relation directe ou indirecte, par voie vraisemblablement sous-corticale avec le centre visuel cortical qui, d'après Henschen et d'autres auteurs, est situé sur les lèvres de la fissure calcarine.

Hémiplégie sensitivo-motrice, accompagnée de mouvements athétoïformes et ataxiformes et d'une paralysie des mouvements associés des yeux ; néoplasie tuberculeuse, au voisinage des Tubercules quadrijumeaux; par le Pr F. RAYMOND (de Paris).

L'auteur communique l'observation d'un malade qui depuis l'âge de quarante ans, présentait les symptômes d'une bronchite tuberculeuse. Au moment de son entrée dans le service de la Clinique des maladies du système nerveux de la Salpêtrière, cet homme réalisait l'association d'une hémiplégie sensitivo-motrice gauche à une paralysie oculaire, le tout survenu sans ictus, et accompagné, dans tout le côté paralysé, d'une sensation de picotements, de fourmillements, ainsi que de douleurs assez vives et d'hypoesthésie. Le facial inférieur du côté gauche participait à la paralysie : c'est dire que celle-ci réalisait tous les caractères des hémiplégies de cause centrale. Elle était peu prononcée. Les réflexes étaient très forts, mais sans trépidation spinale. On ne constatait pas non plus le signe de Babinski. L'hypoesthésie du côté gauche, très nette, s'accompagnait de la perte du sens musculaire, du sens articulaire, de la perception stéréognostique, du sens des positions, de la faculté de localiser les sensations. Les organes des

sens ne présentaient pas d'altérations sensorielles. L'hémiparésie du côté gauche s'accompagnait de mouvements incessants athétosiformes, avec une certaine ataxie des mouvements intentionnels. La démarche du malade était incertaine, par moments titubante. Enfin le malade présentait une paralysie des mouvements associés de latéralité des deux yeux. A l'état de repos, les globes oculaires étaient en position normale, sans strabisme interne. L'action des droits internes était parfaitement conservée pour la convergence. Par contre, le regard de latéralité vers la droite ou vers la gauche s'effectuait d'une façon très insuffisante, et non sans que le malade fût obligé de tourner la tête du côté correspondant.

Le tableau morbide ne s'est pas sensiblement modifié jusqu'à la mort du malade, qui a été la conséquence des progrès de la bronchite tuberculeuse. Le diagnostic porté du vivant du malade a été celui de néoplasie vraisemblablement tuberculeuse, siégeant dans la protubérance, en dehors des noyaux moteurs des yeux, vers le ruban de Reil, probablement à la hauteur des tubercules quadrijumeaux postérieurs. L'autopsie a fourni la confirmation de l'exactitude de ce diagnostic. La partie postérieure de la moitié droite de la protubérance logeait un gros tubercule solitaire, ovoïde, mesurant 4 centimètres en hauteur et 3 en largeur, qui intéressait le ruban de Reil, qui respectait les noyaux moteurs des yeux, mais qui avait détruit les fibres allant de l'écorce à la sixième paire, et celles qui sont censées unir entre eux les noyaux de la troisième et de la sixième paire. C'est vraisemblablement à l'interruption de ces dernières fibres qu'était due la paralysie des mouvements associés de latéralité vers la droite, constatée chez le malade. En tout cas, l'observation relatée par l'auteur fournit la preuve du siège supra-nucléaire, au voisinage des tubercules quadrijumeaux postérieurs des paralysies associées des mouvements de latéralité des globes oculaires.

Un cas de paralysie bulbaire asthénique suivi d'autopsie; par J. Dejerine et A. Thomas (de Paris).

Il s'agit d'uue malade âgée de cinquante-neuf ans : il n'y a rien de particulier à signaler dans ses antécédents héridilaires ou personnels. Les troubles de la parole, qui furent les premiers symptômes, sont apparus quatre ans auparavant à la suite de chagrins. L'état de la malade s'aggrava assez rapidement un an avant son entrée à l'hôpital et lorsqu'elle fut examinée par nous, elle présentait les symptômes suivants : une ophtalmoplégie externe, une paralysie des muscles innervés par le facial (supérieur et inférieur) une paralysie presque complète de la langue ; une parésie des muscles du larynx, du voile du palais, des muscles masticateurs. La parole est impossible ; la déglutition s'accompagne de quintes

de toux et de reflux des liquides par le nez ; une salive abondante s'écoule des commissures labiales affaissées. La malade est prise assez fréquemment d'accès de rire ou de pleurer spasmodiques. Les réflexes tendineux sont exagérés aux membres supérieurs et inférieurs. Il n'y a pas d'atrophie musculaire. Les phénomènes paralytiques sont sujets à de grandes variations et s'accentuent à la suite de mouvements répétés : il existe, en somme, un épuisement assez rapide des muscles. Cet ensemble symptomatique correspond au syndrome décrit par Erb et connu encore sous le nom de *paralysie bulbaire asthénique*.

A l'autopsie il n'existait aucune lésion en foyer. L'examen microscopique, pratiqué sur coupes sériées, décèle dans les circonvolutions motrices du côté gauche l'existence de lésions assez limitées de l'écorce cébrale. Le pied du pédoncule cérébral gauche est un peu moins bien coloré dans son tiers moyen (méthode de Weigert Pal). Des deux côtés les fibres du faisceau pyramidal sont primitivement et partiellement atrophiées dans leur trajet bulbo-protubérantiel et dans la moelle (faisceaux pyramidaux croisés). Les noyaux des nerfs craniens sont sains (même avec la méthode de Nissl). Il existe dans les muscles du larynx et de la langue, mais surtout dans les premiers, une dégénérescence granulo-graisseuse de plusieurs fibres musculaires (méthode de Marchi).

Les altérations musculaires sont trop récentes pour pouvoir, à elles seules, rendre compte des symptômes. L'atrophie des fibres pyramidales a une plus grande importance et peut être rapprochée de celle qu'on observe dans les cas de paralysie pseudo-bulbaire. Cette observation ne saurait cependant permettre de conclure d'une façon définitive à la nature organique de la paralysie bulbaire asthénique qui est peut être moins une entité morbide qu'un syndrome abritant sous son nom des affections de nature et d'origine différentes.

Chronophotographie appliquée à l'étude des mouvements normaux et pathologiques.

MM. Paul RICHER et LONDE (de Paris). — Les mouvements d'ensemble de la marche se présentent sous deux formes principales : type de flexion et type d'extension. Dans les myopathies, c'est le type d'extension qui domine ; dans la paralysie agitante c'est au contraire le type de flexion.

Séance du 3 août (matin). — PRÉSIDENCE DE MM. PICK (de Prague) ET A. OBERSTEINER (de Vienne).

Résumé du rapport sur *Les centres de projection et d'association du cerveau humain ;* par Paul FLECHSIG (Leipzig).

La division de l'écorce cérébrale qui résulte de mes travaux,

division en sphères sensorielles (centres sensoriels) et en centres d'association (centres intellectuels ou organes de la pensée), ne se montre dans toute sa rigueur que chez le fœtus humain et chez le jeune enfant. Ma divison est fondée sur l'emploi de la méthode *myélogénétique*, méthode qui nous retrace l'histoire du développement des fibres, dans leur trajet à travers les centres. Pour bien apprécier les motifs qui m'ont conduit à cette division, il est de toute nécessité de fixer exactement la portée de cette méthode.

Il est un principe général d'après lequel des fibres nerveuses équivalentes (c'est-à-dire appartenant au même faisceau) reçoivent leur gaine de myéline sensiblement à la même époque, tandis que des éléments dissemblables se recouvrent de myéline à des époques différentes qui se succèdent suivant une loi. Ce principe général trouve sa confirmation, d'une façon toute particulière, au niveau des masses de fibres des hémisphères cérébraux. Ainsi, par exemple après la formation successive des différentes voies sensorielles, des voix motrices correspondantes, des systèmes courts et longs d'association, on arrive à délimiter sur l'écorce cérébrale des champs corticaux myélogénétiques, sur toute l'étendue desquels se retrouvent les mêmes stades de développement. Semblables à des individus de même âge, ces territoires corticaux ont une étendue égale et sont semblablement disposés : ce ne sont donc pas des découvertes fortuites, mais des formations régies par des lois. Me fondant sur mes recherches qui, actuellement, s'étendent à 40 stades du développement, j'ai admis (*Neurologisches Centralblatt*, 1898, n° 21), que le nombre de ces territoires corticaux était d'environ 40, et, pour que l'on puisse jeter sur eux un coup d'œil d'ensemble, je les ai répartis (me plaçant au point de vüe purement chronologique) en trois groupes :

a) Les territoires à développement précoce (territoires primordiaux) ; — *b*) Les territoires à développement plus tardif ou territoires terminaux ; — *c*) Les territoires qui, au point de vue du développement, se placent entre les deux catégories précédentes, ou territoires intermédiaires.

Cette classification n'est nullement destinée à rectifier ni à remplacer ma précédente division en centres sensoriels et en centres d'association. Le principe de classification est dans les deux cas essentiellement différent. Il résulte de tout ce que l'on sait sur l'ordre de développement des fibres nerveuses, que les territoires primordiaux, présentant sur certains points des fibres à myéline quatre mois plus tôt que les territoires terminaux, doivent occuper dans l'ensemble du système une place essentiellement différente. Néanmoins, seule l'étude de chaque champ myélogénétique pris en particulier permet de déterminer sa topographie spéciale. Cette étude ne peut être entreprise avec chance de succès qu'à l'aide de méthodes qui s'appliquent directement au cerveau humain. Les

méthodes qui se basent sur l'anatomie comparée ne sont pas applicables. Un seul fait suffit à le montrer. Le chien ne présente qu'environ la moitié des territoires corticaux à évolution successive, que l'on trouve chez l'homme (Döllken). De 18 à 20 des champs corticaux que l'on observe chez l'homme sont absolument impossibles à déceler chez le chien, au moyen de la méthode myélogénétique, la seule applicable ici. L'assertion que, néanmoins, les champs corticaux existent chez le chien ne repose sur aucun fait. A côté de l'anatomie normale, il n'est permis d'utiliser, pour déterminer la signification des territoires corticaux à évolution successive, que les documents pathologiques recueillis chez l'homme.

L'anatomie du cerveau normal adulte ne fournit que des renseignements peu sûrs, en comparaison de ceux que nous donne l'anatomie du fœtus et du nouveau-né. Chez ces derniers, on peut, dès le début, noter des différences à un certain point de vue entre plusieurs des champs corticaux.

1° Il y a de 18 à 20 champs myélogénétiques chez qui une couronne rayonnante bien développée est facile à mettre en évidence. Il est d'autres champs où la présence d'une couronne rayonnante ne peut être démontrée ni chez l'enfant ni chez l'adulte. Celle-ci ne s'y forme donc pas plus tard ; elle ne s'y développe jamais.

2° Ces territoires dépourvus de couronne rayonnante sont riches en longs systèmes d'association, tandis que ces systèmes ne se trouvent qu'en faible quantité dans les territoires riches en couronne rayonnante.

3° On peut donc, au point de vue purement anatomique, diviser les champs corticaux en centres de projection et centres d'association. La présence de fibres de projection isolées, dans les centres d'association, ne rend pas caduque cette classification, puisque la dénomination n'implique qu'une question de prédominance de l'un des éléments. Seule la preuve, que dans les deux groupes de champs corticaux les longs systèmes d'association et les systèmes de projection sont représentés en proportions égales, ne permettrait plus de mantenir la classification. Pour un grand nombre de champs corticaux, les dégénérations secondaires n'ont pu prouver exactement l'existence de fibres de projection isolées, à plus forte raison d'une couronne rayonnante de fibres groupées en faisceaux, unissant l'écorce cérébrale aux organes terminaux périphériques et réalisant ainsi tous les caractères des fibres de projection. Dans toutes les publications parues jusqu'à ce jour qui contestent ces faits, il n'est pas tenu compte de causes d'erreur qui enlèvent toute valeur démonstrative à leurs conclusions. (Voy. *Die Localisation der geistigen Vorgänge*, Leipzig, 1896, Tafel.)

Centres de projection.

J'ai distingué naguère quatre de ces centres : la sphère de la

sensibilité corporelle ; la sphère visuelle ; la sphère auditive ; la sphère olfactive et gustative.

D'après mes récentes découvertes, chacune de ces sphères (exception faite de la sphère auditive) est formée par le groupement de plusieurs champs corticaux myélogénétiques. La sphère de la sensibilité corporelle en comporte 8, chacune des autres 3. De plus, la sphère de la sensibilité corporelle (dite encore sphère tactile, sphère de la sensibilité générale) occupe une surface un peu plus étendue que celle que je lui avais attribuée : au niveau de la 1re circonvolution frontale, elle l'avance de quelques centimètres plus loin en avant. Le segment le plus antérieur long d'environ 2 centimètres du gyrus supra-marginalis doit lui être également annexé. Le gyrus subangularis constitue un nouveau champ de projection que j'ai découvert ultérieurement ; il montre dans la structure de son écorce les particularités caractéristiques des centres sensoriels.

Centres d'association.

J'ai distingué tout d'abord quatre centres d'association : le centre frontal ; le centre pariétal ; le centre temporal ; le centre insulaire.

Plus tard, j'ai groupé le centre temporal et le centre pariétal en un seul centre : le grand centre postérieur d'association. L'existence prouvée dans le gyrus subangularis d'un centre de projection réduit à la partie postérieure de la 2e circonvolution temporale l'union de ces deux centres. Ils ne se continuent l'un avec l'autre que sur une faible largeur. Aussi me semble-t-il qu'il y a lieu de conserver l'ancienne division en centre temporal et en centre pariétal.

Sur les centres pariétal et temporal il est particulièrement facile de constater une subdivision en zones périphériques arrivant plus tôt à leur développement complet, et en territoires centraux qui n'atteignent que plus tard l'état adulte. Sur le centre frontal d'association la même subdivision est évidente, mais la disposition est plus compliquée. Les zones périphériques touchent les centres sensoriels et leur sont unies par de nombreuses fibres arquées. L'insula et le précunéus ne semblent consister qu'en zones périphériques. Peut-être les zones périphériques constituent-elles des formations de transition entre les territoires riches en couronne rayonnante et ceux qui en sont dépourvus. Parfois, bien que très rarement, on trouve sur ces zones périphériques des faisceaux atypiques de la couronne rayonnante, qui représentent des fibres de projection aberrantes, des centres sensoriels. De telles découvertes isolées ne prouvent en rien la présence générale et régulière de faisceaux de la couronne rayonnante dans les zones périphériques.

Les territoires centraux des zones d'association (surtout la partie

moyenne du gyrus angularis, la 3e circonvolution temporale, la moitié antérieure de la 2e circonvolution frontale), sont, selon toute apparence, les points nodaux de systèmes longs d'association, tandis que les zones périphériques ne présentent que faiblement ces caractères. Les territoires centraux sont des territoires terminaux : ils sont essentiellement caractéristiques du cerveau humain. Leur destruction isolée n'est jamais accompagnée de phénomènes manifestant une altération de la motricité ou de la sensibilité. Les phénomènes d'excitation d'ordre moteur dont peuvent s'accompagner leurs lésions doivent être interprétés comme des actions à distance.

Les territoires centraux des zones d'association sont des centres qui sont en relation plus ou moins directe, chacun avec plusieurs zones sensorielles, quelques-uns avec toutes; ils en combinent vraisemblablement les activités (association). Après leur distraction bilatérale, l'intelligence se montre affaiblie : l'association des idées est particulièrement troublée. Les territoires centraux sont donc, suivant toute apparence, d'une haute importance pour l'exercice des activités intellectuelles, pour la formation des images mentales composées de plusieurs qualités sensorielles, pour l'accomplissement d'actes tels que la dénomination des objets, la lecture, etc., etc. Ces fonctions sont troublées avec une régularité particulière dans les affections des centres postérieurs d'association; l'observation clinique s'établit, justifiant la légitimité de notre division de l'écorce cérébrale en centres sensoriels (centres de projection) et centres d'association.

Résumé du rapport sur *Les centres de projection et d'association du cerveau humain;* par le professeur Hitzig (Halle).

La doctrine de Flechsig de l'existence de centres de projection et d'association qui auraient une fonction différente dans l'écorce du cerveau, se fondent :

1° Sur l'existence prétendue de fibres de projection dans ceux-ci et l'absence de fibres de projection dans ceux-là. Cette assertion n'est plus soutenable dans toute son étendue, attendu que M. Flechsig l'a abandonnée lui-même pour une partie de ses centres d'association et que d'autres auteurs affirment avoir observé aussi des fibres de projection partant du reste des centres d'association. Mais il paraît certain que certains territoires de l'écorce cérébrale possèdent un bien moins grand nombre de fibres de projection que d'autres, qui de leur part sont en connexion plus ou moins directe avec les terminaisons des nerfs sensitifs ou sensoriels.

2° Sur la myélinisation chronologique des centres de projection et d'association, ainsi que sur celle des différents centres de pro-

jection en particulier. Cette assertion ne peut être soutenue non plus dans toute son étendue, attendu que M. Flechsig lui-même y a trouvé des différences individuelles qu'il attribue, il est vrai, à des influences pathologiques, tandis que ses adversaires les regardent avec le même droit comme appartenant au domaine de la physiologie. Cette loi d'évolution paraît donc bien fondée dans ses grands traits ; mais elle a été pourtant affirmée d'une façon trop absolue.

3° Sur la différence de la structure anatomique des centres de projection entre eux et vis-à-vis des centres d'association. Les avis des différents auteurs étant opposés les uns aux autres tout à fait, il est impossible de se former à ce sujet une opinion positive.

M. Flechsig cherche la destination des centres sensitifs dans la perception des irritations provenant des différentes surfaces des sens et dans l'association de celles-ci à des images intellectuelles. Il prouve cette thèse par l'analyse des faits pathologiques tels que la paralysie tactile, l'aphasie sensorielle, etc. Ces vues sont en général conformes aux nôtres.

La destination des centres d'association est trouvée par Flechsig dans la conservation des images de mémoire ainsi que dans la reproduction et l'association de celles-ci, soit par l'excitation des sphères sensitives voisines, soit peut-être par l'excitation des autres centres d'association. Il les considère donc comme les vrais organes de l'esprit et de la pensée.

Les opinions avancées sur ce sujet par M. Flechsig paraissent pour le moment purement hypothétiques. L'hypothèse d'images de mémoire déposées dans certains groupes de cellules n'est nullement prouvée.

Malgré ses réserves, l'œuvre de M. Flechsig et ses principales idées fondamentales doivent sans doute être appréciées comme un véritable progrès pour arriver à reconnaître la structure et la fonction de l'organe de la pensée. Il le serait en un plus haut degré encore, s'il s'était prononcé avec plus de réserve et d'une manière moins absolue. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

Séance du mardi 17 juillet 1900. — PRÉSIDENCE DE M. JULES VOISIN.

Les suggestions religieuses.

M. BINET-SANGLÉ insiste sur la nécessité sociale d'introduire dans les établissements d'instruction l'étude de l'hiérologie comparée et des lois de la suggestion religieuse.

M. LIONEL DAURIAC. — Si l'on veut entrer dans cette voie, il est logique de mettre les enfants en garde contre toute espèce de suggestion qui n'a pas un intérêt thérapeutique. Cette intervention n'est pas à recommander, car elle préjuge une solution touchant l'erreur que comporte l'état actuel de notre ignorance.

Mélancolie traitée avec succès par la suggestion hypnotique.

M. BÉRILLON. — Une femme de cinquante-trois ans, à hérédité très chargée, présentait il y a 18 mois, les symptômes suivants : tristesse, aboulie, dégoût de la vie, idées et même tentatives de suicide, idées de ruine et de culpabilité, scrupules religieux, hallucinations visuelles et auditives, sitiophobie, etc. Il y a un an, je l'ai soignée pendant un mois et très améliorée, mais non complètement guérie. J'ai alors, de moi-même, momentanément interrompu le traitement pour le reprendre quelques semaines après, et ainsi plusieurs fois de suite. Dans l'intervalle qui séparait mes interventions suggestives, il se faisait en elle un travail latent ; mes suggestions antérieures germaient et mûrissaient dans le domaine du subconscient ; leur effet se trouvait, pour ainsi dire, décuplé. Donc, il ne faut pas toujours vouloir atteindre à la guérison par un progrès lent mais continu ; dans certains cas, il convient, en quelque sorte, de donner plusieurs coups d'épaule successifs. Grâce à cette technique, sur laquelle j'insiste et que je recommande, cette malade est aujourd'hui complètement guérie.

M. GARNAULT continue son étude sur la ventriloquie ; il montre comment les religions antiques ont utilisé les divers modes de la phonation comme moyen de suggestion et d'auto-suggestion.

M. BLOCH appelle l'attention de la Société sur la trépidation épileptoïde de tout le membre inférieur dans la sclérose en plaques.

BIBLIOGRAPHIE.

VIII. *La mélancolie;* par Kraepelin. (*Psychiatrie*, Barth, Leipzig, 1899.)

Sous le nom de folie de la période d'involution sénile, l'auteur groupe tous les troubles psychiques qui sont en rapport, au point de vue de l'étiologie, avec les modifications dues à l'âge avancé. Sans aucun doute, il reste une série de troubles psychiques qui peuvent apparaître aux diverses périodes de la vie ; mais il n'est pas moins certain qu'à la période d'involution sénile peuvent éclater des psychoses déterminées dont l'aspect clinique porte la trace des processus de régression qui leur ont donné naissance. Cela est plus particulièrement vrai pour la sénilité proprement dite ; mais déjà antérieurement, à partir de la cinquantième année, commencent à se manifester les premiers signes de l'involution psychique par l'apparition de formes spéciales de la folie. Malgré certains traits communs avec les psychoses de la sénilité, les troubles psychiques de la période d'involution s'en distinguent cependant.

La mélancolie comprend, pour Kraepelin, toutes les modifications anxieuses morbides de la période avancée de la vie qui ne peuvent être considérées comme des phases d'autres formes de la folie. En outre des troubles de la vie affective, le tableau clinique de la mélancolie comprend encore en général des conceptions délirantes, surtout des idées de culpabilité, mais aussi des idées de persécution et des idées hypocondriaques.

Des états mélancoliques simples on arrive par transition graduelle à un groupe de faits, moins fréquents, et apparaissant à un âge plus avancé, dans lesquels les conceptions délirantes ont un *contenu tout à fait absurde*. C'est la forme clinique décrite sous le nom de *Wahnsinn dépressif*. Tout l'entourage apparait transformé d'une façon effrayante : les maisons sont des forteresses, l'asile est le palais des morts, une prison, tous les mots ont un sens caché. Rien ne paraît naturel ; les médecins sont des figurants, le soleil la lune ne sont plus les mêmes, ni les arbres. Les interprétations fausses sont nombreuses. Le malade s'accuse d'avoir plongé le monde entier dans le malheur, il a mangé ses enfants ; chaque fois qu'il mange ou qu'il se retourne dans son lit, un homme est exécuté, etc. Il veut être fusillé, guillotiné.

Dans quelques cas se manifestent des *idées de négation* : il n'y a plus d'argent, plus de chemin de fer, plus de villes, plus de médecins : tous les hommes sont morts, sont brûlés ; le malade n'a pas de nom, ne peut pas mourir, est éternel. Des *idées hypocondriaques absurdes* sont assez fréquentes : la peau est trop étroite, il n'a plus de tête, ne peut plus s'asseoir, il est changé en bête, etc. Dans

certains cas surtout lorsque l'affaiblissement intellectuel fait des progrès, se montrent des *idées de grandeur*. Les malades racontent qu'ils peuvent faire de l'or, guérir des maladies ; l'empereur va venir les visiter, etc.

Les *hallucinations* sont plus actives dans le *Wahnsinn dépressif* que dans la mélancolie simple.

La *conscience* est aussi dans cette forme plus gravement altérée, l'orientation est défectueuse, la pensée est troublée, les mêmes idées sont sans cesse répétées. Cependant on est étonné souvent de la lucidité avec laquelle les malades peuvent répondre à certaines questions et manifester leurs conceptions maladives. Parfois même les sujets ont une certaine conscience de la nature de leur mal, ils se plaignent de dire sans cesse des sottises, d'être devenus fous, etc. Dans d'autres cas le malade n'est pas touché par les contradictions les plus évidentes.

Dans un petit nombre de cas apparaissent des *signes catatoniques :* mutisme, attitudes anormales, catalepsie, écholatie. Ces symptômes sont accompagnés de troubles accusés de la conscience. Ces formes, dont les unes guérissent et les autres se terminent par la démence, appartiennent-elles à la mélancolie ou à la catatonie ? On ne peut encore trancher cette question, bien que la première hypothèse soit plus probable, car les manifestations caractéristiques de la catatonie, le négativisme avec persistance de la lucidité, les mouvements stéréotypés et les grimaces, les actes impulsifs n'ont pas été constatés, et d'autre part, on peut observer dans la paralysie générale des manifestations catatoniques.

Çà et là on observe des signes de modifications séniles du côté du cerveau : vertiges, réaction pupillaire paresseuse, parésie faciale, tremblement de la langue et des mains, troubles aphasiques, surdité plus ou moins accentuée, sensations pénibles dans la région précordiale, diminution du tonus musculaire, sensation de faiblesse générale. On constate aussi une diminution du poids du corps, de l'abaissement de la température, des troubles circulatoires.

La mélancolie telle qu'elle est décrite par Kraepelin est une maladie du début de la sénescence. Peut-être faut-il la considérer comme l'expression maladive de ce sentiment spécial d'incapacité et d'insuffisance croissantes qui se manifeste à l'état normal, et que l'on peut opposer au sentiment de force surabondante de la jeunesse. Plus de 64 p. 100 des malades se trouvaient être entre cinquante et soixante ans ; les cas les plus précoces débutant peu après la quarantième année ; les plus tardifs peu après la soixante cinquième. On ne peut se prononcer sur le point de savoir s'il faut ranger dans la mélancolie certaines formes, analogues au point de vue clinique, qui sont en rapport avec la grossesse, ou la lactation, et se montrent à une période moins avancée de la vie.

Avec l'âge plus avancé des malades, on voit augmenter progressivement les formes à conceptions délirantes absurdes.

Le sexe féminin est frappé dans 60 p. 100 des cas; il est par conséquent plus exposé que le sexe masculin. Cela est vrai surtout pour la mélancolie qui survient de cinquante ans aux premières années de la soixantaine : dans cette période, les hommes deviennent rarement mélancoliques, tandis que chez la femme la ménopause paraît constituer un terrain éminemment favorable pour le développement de la mélancolie. Plus tard les deux sexes sont frappés dans des proportions à peu près égales.

La *prédisposition héréditaire* paraît moins importante que la *prédisposition acquise :* l'hérédité n'a été relevée que dans 53 p. 100 des cas parfois il s'agissait de parents éloignés. Remarquable est la fréquence chez les parents et les collatéraux de l'apoplexie, de la démence sénile et aussi de l'alcoolisme. Il faut noter d'ailleurs que chez les malades les plus agés, les renseignements font souvent défaut sur les parents et les collatéraux ce qui diminue un peu la valeur des chiffres traduisant l'importance de la prédisposition. Aussi bien l'expérience montre que la fréquence des troubles psychiques chez les collatéraux est plus grande que chez les parents. Un certain nombre de sujets étaient considérés comme des originaux, des inquiets, des minutieux : souvent on constatait une sénilité précoce.

Très fréquemment certaines *circonstances extérieures* ont paru favoriser l'éclosion du mal : maladies somatiques (influenza, catarrhe de l'estomac), opérations, pertes d'argent, frayeurs, soucis, changement dans le genre de vie, et surtout la maladie et la mort de proches parents.

Ainsi délimitée la mélancolie comprend la plus grande partie des observations que l'on avait l'habitude antérieurement de décrire sous le nom de mélancolie simple et de mélancolie anxieuse, de plus le Wahnsinn dépressif et enfin les états de dépression séniles. Dans ces dernières années Kraepelin s'est convaincu que ces formes — et ces formes seules — ont entre elles des rapports étroits. De cette manière de voir, il résulte que tous les états dépressifs des périodes moins avancées de la vie *ne font point* partie de la mélancolie. Ils appartiennent, ou bien à la *folie maniaque-dépressive*, ou à la *démence précoce* : quelques cas doivent être attribués à la *folie des dégénérés* et peut-être aussi à *l'hystérie*. D'autre part, il ne faut pas oublier que parfois la folie maniaque-dépressive n'apparaît qu'à la période d'involution sénile. La marche remarquablement rapide et favorable de l'accès et l'apparition de quelques manifestations maniaques isolées (impulsions motrices intenses, fuite des idées, idées de grandeur, humeur gaie sans signes de faiblesse psychique) serviront au diagnostic, qui dans certains cas pourra être difficile. Les éléments les plus utiles seront

fournis par l'état psycho-moteur. Tandis que l'allure du mélancolique traduit son humeur anxieuse ou excitable, la période dépressive de la folie circulaire est caractérisée avant tout par l'incapacité de prendre une résolution, le ralentissement des actes volontaires. D'autre part l'humeur excitable que l'on observe parfois dans cette dernière affection, s'accompagne en général d'un vif besoin d'agir et de parler, tandis que l'excitabilité du mélancolique porte l'empreinte de l'anxiété interne. La mélancolie présente d'ailleurs une certaine tendance à la récidive. Parmi les malades de Kraepelin il s'en trouvait 15 p. 100 qui avaient antérieurement traversé une période mélancolique; celle-ci était en général survenue également dans la phase d'involution et n'avait pas atteint un degré accentué.

Enfin il existe un petit groupe de cas dans lesquels des troubles dépressifs se sont manifestés au cours de la quarantaine. Ces malades paraissent très facilement influençables par des causes psychiques, leur douleur est exaspérée par les influences extérieures, leur état affectif est uniforme, leur délire pauvre. Il n'est pas sûr qu'il faille attribuer ces cas à la mélancolie. Les formes de la mélancolie avec faiblesse psychique grave et conceptions délirantes absurdes conduisent par des transitions graduelles à la confusion sénile. Dans certains cas on peut se demander s'il ne s'agit pas de démence précoce (affection rare d'ailleurs à cet âge), surtout lorsque se produisent des signes de catatonie, si on constate un négativisme opiniâtre, des états d'excitation spéciaux puérils, des grimaces et une conservation de l'orientation et de la lucidité.

De sérieuses difficultés se rencontrent pour le diagnostic avec la paralysie générale. Les cas qui surviennent entre quarante-cinq et cinquante-cinq ans, peuvent rester longtemps incertains, en raison de l'analogie des signes psychiques. Plus de lucidité et de clarté, un état affectif plus constant et plus vif, un développement subaigu sans période prodromique parlent en faveur de la mélancolie; la paralysie générale sera admise s'il existe des signes d'affaiblissement psychique accentué et des signes physiques, si la maladie a évolué progressivement et sous la forme d'une démence graduelle. Kraepelin ne se prononce pas encore sur les rapports de l'artério-sclérose cérébrale avec les états mélancoliques.

Paul Sérieux.

VARIA.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

— On vient de découvrir dans le canal, à Jorquenay, près Langres, le cadavre de Mme Lhuillier Sommelet. Cette pauvre femme, qui depuis quelque temps donnait des signes de dérangement cérébral, était sortie de chez elle vendredi soir; la mort est accidentelle. (*Petit Parisien*, 17 septembre.)

— Une femme Ballay, demeurant à Vinay (Isère), dans un accès de folie, a profité du sommeil de son mari pour lui ouvrir le ventre avec un rasoir. (*Bonhomme Normand*, 3 août.)

— M. Louis Protat, âgé de trente-deux ans, employé de commerce, demeurant rue des Gatines, venait de rentrer chez lui, hier soir, vers onze heures, lorsque son attention fut attirée par une sorte de battement contre les carreaux de la fenêtre. Il s'approcha et ne fut pas peu surpris d'apercevoir l'extrémité d'une échelle qu'on avait dressée contre le mur de la maison à la hauteur de son logement, qui est situé au deuxième étage. M. Protat s'arma d'un revolver et se mit en observation.

Bientôt un individu lui apparut. L'homme s'arrêta à l'avant-dernier échelon. Sans hésiter, M. Protat le mit en joue et tira. Les vitres volèrent en éclat. Atteint par le projectile, l'homme poussa un sourd gémissement, battit l'air de ses bras et culbuta dans le vide. Accourus au bruit des détonations, des passants et des gardiens de la paix relevèrent le blessé et le transportèrent dans une pharmacie où on constata que la balle lui avait fracturé l'épaule droite. Le malheureux s'était en outre, dans sa chute, fracturé la jambe gauche et fait une grave blessure à la tête.

Des soins lui furent prodigués, et lorsqu'il put articuler quelques paroles, celui que M. Protat avait pris pour un cambrioleur fit l'étrange déclaration suivante : « — Je voulais aller embrasser ma mère, qui est au ciel. J'ai été téméraire. Dieu m'a puni. Il m'a tué avec son tonnerre ! » Le pauvre fou continua à divaguer de la sorte pendant qu'on le transportait à l'hôpital Tenon. On n'a pu jusqu'ici établir son identité. M. Protat, dont l'erreur est fort excusable a été laissé en liberté. (*Le Matin*, 18 septembre.)

— Pendant l'absence de sa femme, le nommé Gauthier, de Pressigny, s'est pendu à une perche dans son grenier. Le malheureux, depuis quelque temps, ne jouissait plus de toutes ses facultés mentales. (*Petit Parisien*, 22 septembre.)

Suicides. — Dimanche, à Cesny aux-Vignes, le nommé Louis Besnard, dix-neuf ans, au service de Mme de Reviers, s'est tué d'un coup de revolver dans la tête. Besnard avait le cerveau dérangé à la suite d'une maladie. (*Bonhomme Normand*, 27 septembre.)

Une désespérée. — Une confectionneuse, Mme Berthe Guérin, âgée de quarante-quatre ans, demeurant 25, rue Bichat, atteinte de la folie de la persécution, s'est suicidée hier à son domicile à l'aide d'un réchaud de charbon. (*Petit Parisien*, 24 septembre.)

Un fou anthropophage. — Un individu, âgé d'une trentaine d'années, était assis, hier matin, vers dix heures, sur un banc, boulevard Rochechouart, en face du numéro 42. Soudain, il se mit à rire aux éclats ; puis il se leva et arracha ses vêtements, qu'il jeta au milieu de la chaussée. Il avait déjà enlevé ses chaussures, son veston, son gilet et ses bretelles, au grand amusement de la foule nombreuse des gamins et des badauds qui l'entouraient lorsque des agents, qui avaient aperçu le rassemblement, arrivèrent et voulurent emmener au poste le pauvre déséquilibré. Mais, à la vue de l'uniforme, celui-ci entra dans une fureur terrible. Il poussa un rugissement de fauve et, avant qu'on eut pu l'en empêcher, bondit avec une agilité surprenante sur le gardien de la paix Aubert, le saisit par le cou, lui laboura le visage à coups d'ongles et se mit à le mordre à belles dents. Un témoin de cette scène, M. Georges Demay, demeurant 42, boulevard de Clichy, ayant eu la mauvaise inspiration de vouloir porter secours à la victime, le fou tourna sa fureur contre lui et, d'un terrible coup de dents, lui enleva une partie de la joue droite.

On eut toutes les peines du monde à maîtriser le pauvre insensé, et on dut le ligoter pour le porter au commissariat de police, où il fut reconnu pour un nommé Gaston Poissignon, âgé de trente-six ans, lithographe, demeurant 8, cité Marcadet. Il a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Matin*, 20 septembre.)

La folie des grandeurs chez un cocher de corbillard. — Les journaux de Paris racontaient, ces jours-ci, l'étrange cas de folie de ce cocher des pompes funèbres, nommé François Legrand, qui, après avoir accompagné le convoi du peintre Vollon au cimetière et reconduit à leur domicile les personnes qui avaient pris place dans sa voiture, sortit de Paris avec son attelage et, au bout d'une course folle à travers la campagne, alla échouer à Marcilly, petit village aux environs de Meaux. C'est là que les inspecteurs de la Sûreté le découvrirent. Le *Matin* a recueilli sur ce pauvre diable des renseignements très pittoresques :

« François Legrand n'était pas, ainsi qu'on va le voir, un mince personnage : employé de la Compagnie des pompes funèbres depuis vingt ans, il était réputé comme le meilleur cocher de

Paris, et tous ses confrères reconnaissaient ses mérites; tous, même Montjarret, le célèbre ex-piqueur de l'Elysée, à qui il donna souvent d'utiles conseils. Car, non seulement Legrand conduisait avec maitrise son funèbre équipage, mais il n'avait pas son pareil, paraît-il, pour faire la toilette d'un cheval. Il excellait dans l'art de natter les crinières, travail qui n'est pas à la portée du premier venu. Ce n'était pas seulement Montjarret, mais encore le piqueur de M. de Rothschild, et beaucoup d'autres, qui venaient lui demander son avis dans certaines circonstances délicates. Tant de succès lui avaient déjà un peu tourné la tête.

« Mais ce fut le comble lorsqu'il apprit qu'il venait d'être choisi entre tous par le gouvernement pour conduire au couronnement du czar Nicolas II les équipages de l'ambassade de France. Un tel honneur, à lui, Legrand, simple cocher de corbillard! Le pauvre homme en perdit encore un peu de la raison qui lui restait. Il se rendit à Moscou, remplit à la satisfaction de tous sa haute mission; mais quand il revint en France, il était possédé de la manie des grandeurs. Depuis cette époque, il se croyait appelé aux plus hautes destinées, et à différentes reprises on dut lui ordonner un repos absolu.

« On sait le reste : le malheureux est devenu complètement toqué, et hier, sa folie, très douce jusqu'ici, s'est changée en furieuse démence. Il a tout brisé chez lui, et les siens ont dû requérir les gardiens de la paix pour le faire conduire à l'infirmerie spéciale du Dépôt. On a réussi à l'emmener en lui racontant que le czar l'attendait dans la gare de la Cité, pour le décorer devant toutes les troupes de la garnison de Paris assemblées. » (La *Petite Gironde*, 10 septembre.)

Tous ces faits témoignent de l'état déplorable de l'assistance des aliénés en France. Il en sera toujours ainsi tant que chaque département n'aura pas l'asile ou les asiles qui lui sont nécessaires, tant aussi que les départements qui ont des asiles prendront des aliénés de la Seine *payants* au détriment de leurs propres malades *indigents*.

Drames de l'alcoolisme.

Un père qui étrangle son enfant. — Un drame navrant, ayant pour cause l'alcoolisme, s'est déroulé hier matin dans un hôtel meublé, 24, rue Broca. A cette adresse logeaient, depuis six mois, un journalier, Joseph Grandjean, âgé de vingt-neuf ans, et sa maîtresse, Eugénie Millot, blanchisseuse. Tous deux, qui avaient précédemment habité Dôle, étaient, depuis leur arrivée à Paris, dans la plus effroyable misère.

L'homme se mit à boire, tandis que sa compagne, plus courageuse, essayait de suffire aux besoins du ménage. Mais elle accoucha, il y a cinq semaines, d'une petite fille qu'elle fut obligée de soigner et de nourrir, ce qui l'empêcha de travailler. La naissance de l'enfant avait contrarié Grandjean, qui ne rentra plus au logis que tout à fait ivre. Hier, pris d'une crise d'alcoolisme, il prit dans ses bras la fillette, la mordit, puis avec ses mains l'étrangla. Lorsque quelques instants plus tard on vint pour l'arrêter, il berçait le petit cadavre et chantait.

Encore sous l'influence de l'alcool, il déclara, au cours de l'interrogatoire que lui a fait subir M. Carpin. commissaire de police du quartier du Val-de-Grâce, qu'il avait voulu manger de caresses sa petite fille. Le magistrat a fait diriger l'alcoolique sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Petit Parisien*, 19 septembre.)

Alcoolisme et suicide. — Le nommé Désiré Perrette, trente-trois ans, maçon, à Saint-Pierre-Tarentaine, arrondissement de Vire. s'est suicidé en se tranchant la gorge avec un couteau de cuisine. Perrette avait accompli son service militaire aux colonies; il y avait contracté les fièvres paludéennes. Il se livrait à la boisson. (*Bonhomme Normand*, 27 septembre.)

— Un ouvrier typographe, le nommé Salaix, demeurant à Châtillon-sur-Seine, rentrait à son domicile en état d'ivresse; sa femme venait d'accoucher. La brute s'arma d'une hachette et se précipita sur la malheureuse et sur son enfant; courageusement, la garde-malade s'interposa et fit dévier l'arme, si bien que la mère et l'enfant ne furent que légèrement atteints à la tête. Salaix a été écroué. Il ne se trouvait à Châtillon que depuis quelques jours et a été déjà renvoyé de divers ateliers pour inconduite. (*Petit Parisien*, 25 septembre.)

— Un casseur de pierres, nommé Isidore Baratte, âgé de soixante-six ans, demeurant au Bailleul, près Flers, s'est pendu à une solive de sa cave. Le suicide est attribué à l'alcoolisme. (*Petit Parisien*, 15 septembre.)

— A Arcenant, près Dijon, une femme D..., qui avait absorbé une grande quantité d'alcool, s'est précipitée, dans un moment de folie furieuse, sur son petit-fils qui jouait avec d'autres enfants sur le bord de la rivière. L'énergumène, d'un coup de dents, trancha une oreille du pauvre petit et la mangea. On eut mille peines à lui enlever l'enfant dont elle voulait absolument manger l'autre oreille. La blessure de la petite victime est grave. Sa grand'mère est dans un état de surexcitation terrible. (*Petit Parisien* du 9 septembre.)

Fantaisie d'ivrogne. — Le sieur Gaston Corbin, vingt ans, demeu-

rant à Saint-Germain-le-Vallon, près Falaise, ayant bu plus que de raison, eut la malencontreuse idée de prendre un bain. Il se précipita dans une carrière pleine d'eau, mais ne reparut pas. Son cadavre n'a été retiré que le lendemain. (*Bonhomme Normand*, 30 août.)

Dernière lampée d'un ivrogne. — Le nommé Alexandre Minot, cinquante et un ans, cordonnier à Saint-Pierre-sur-Dives, s'est levé dans la nuit pour aller se noyer dans la rivière, où on l'a retrouvé le matin. Minot était un ivrogne incorrigible. Son suicide est attribué à l'alcoolisme. (*Bonhomme Normand*, 30 août.)

— Depuis quelque temps, les époux Latoulie, de Limoges, ne vivaient pas en bonne intelligence. A la suite de scènes violentes, la femme avait même dû quitter son mari, un alcoolique invétéré. Aujourd'hui, vers une heure, ce dernier, qui lui avait plusieurs fois demandé de reprendre la vie commune, se présentait à son domicile, rue Saint-Affre, et renouvelait la même demande.

Que se passa-t-il alors? On ne le sait pas exactement. Les voisins entendirent seulement le bruit d'une violente dispute et bientôt des plaintes étouffées. On pénétra dans la maison et on vit gisant sur le plancher la femme Letoulie blessée de trois coups de couteau au sein gauche et à l'épaule. Auprès d'elle, son mari était mort, avec un couteau planté dans le cœur. Le meurtrier doit être Latoulie qui, croyant avoir tué sa femme, se sera fait justice lui-même. La femme, dont l'état est grave, est soignée à l'hôpital. (*Petit Parisien*, 6 septembre.)

Un pari stupide. — Hier soir, vers neuf heures, deux ouvriers terrassiers nommés Emile Durand, âgé de quarante-deux ans, demeurant 25, rue de Nantes, et Jacques Tabouré, âgé de trente-sept ans, demeurant rue Curial, se trouvaient dans un débit de vins situé, quai de l'Oise et, sous l'influence de l'ivresse, ils se vantaient d'avoir accompli, en tant qu'émérites buveurs, de véritables prouesses. A un certain moment la discussion devint orageuse et un consommateur eut la stupide idée de vouloir mettre les antagonistes d'accord en leur proposant le pari suivant:

— Si vous voulez, dit-il aux terrassiers, nous allons assister à une expérience qui sera concluante. Je m'engage à donner cinq francs à celui d'entre vous qui boira le plus d'absinthe pure! Le pari fut accepté et les ouvriers se firent apporter un litre d'absinthe et des petits verres.

Les insensés se mirent à boire jusqu'au moment où tous deux tombèrent à la renverse, les traits affreusement crispés, la figure décomposée, la gorge douloureusement contractée et souffrant atrocement de douleurs dans l'abdomen.

Ils furent aussitôt transportés dans une pharmacie, mais les

soins prodigués en vue de les ranimer étant restés en pure perte, il fallut les conduire en toute hâte à l'hôpital Bichat, où ils on été admis d'urgence.

Une enquête a été ouverte par les soins de M. Rajaud, commissaire de police du quartier, afin de rechercher la part de responsabilité qui incombe au débitant et au consommateur qui a organisé cette séance répugnante. (*Petit Parisien*, 15 septembre.)

Voilà le cas où jamais d'appliquer rigoureusement la loi sur l'ivresse au cabaretier et au stupide consommateur qui a provoqué le pari.

Epileptiques : Nécessité de leur hospitalisation.

Las de souffrir. — Le sieur Armand Lechonnaux, cinquante-sept ans, journalier à Roullours, a mis fin à ses jours en se pendant. Depuis longtemps, cet homme était atteint d'*épilepsie* et manifestait l'intention de se donner la mort.

Ce fait, emprunté au *Bonhomme Normand* du 20 septembre, montre une fois de plus la nécessité du traitement, de l'assistance et de l'hospitalisation des épileptiques.

Assistance des enfants anormaux.

A la séance du 12 septembre, dans l'après-midi, a eu lieu au palais la deuxième audience de vacation du tribunal d'Angoulème, sous la présidence de M. Legrand, vice-président. A l'audience correctionnelle, ont été jugées, entre autres, les affaires suivantes :

1° Un enfant de treize ans, domestique près de Mouthiers, le jeune Roty, ayant démoli une barrière en bois et ramassé des pierres assez grosses, avait fait un tas du tout sur la voie ferrée au pont du Chemin-Vert, au risque de causer un accident terrible. On s'en est aperçu à temps. Cet enfant, à l'aspect inintelligent, répond à peine à l'interrogatoire; c'est un petit malheureux qui n'a pas compris certainement la gravité de son acte. Ainsi en juge le tribunal, qui l'acquitte comme ayant agi sans discernement et le rend à ses parents. Roty a d'ailleurs été suffisamment puni par un mois environ de prison préventive.

2° Un enfant de onze ans, le jeune Buisson, de la commune de l'Houmeau-Pontouvre, que sa famille surveille fort peu, a, le 14 juillet, profité du moment où M. Marchand se baignait dans la Charente, au Bouruet, pour fouiller dans ses vêtements laissés sur la rive et y voler 4 francs environ dit le plaignant, 43 sous dit le gamin. Pour celui-là aussi, le tribunal estime que la maison de correction doit être évitée à raison de ses dangers et, l'ayant acquitté comme ayant agi sans discernement, le laisse à sa famille.

3° C'est encore un enfant, de *neuf* ans celui-là, d'Angoulême, fils d'une fille qui habite rue de Périgueux, qui comparait sous l'inculpation de vol. Dans la maison où habite sa mère, en concubinage avec un militaire, il a dérobé, au préjudice de co-locataires, des vêtements qu'il a vendus à des chiffonniers et un accordéon qu'il aurait vendu 3 francs à un soldat, dit-il. Les plus mauvais renseignements sont fournis sur le délinquant, qui a nom Tamar, et qui déjà, à Barbezieux, où il habitait avec sa mère avant de venir ici, passait pour un petit voleur.

Le tribunal pourtant redoute encore pour ce malheureux enfant la maison de correction et préfère, après l'avoir acquitté, lui aussi, comme ayant agi sans discernement, le laisser à sa mère dans le cœur de laquelle, des sentiments, qui semblent lui avoir été étrangers jusqu'à ce jour, arriveront peut-être à se faire pour ce fruit d'une liaison illégitime. (*Petite Gironde,* 13 septembre 1900.)

L'odyssée d'une fillette. — Une fillette de onze ans, la nommée Madeleine Chauvet, avait été, par les soins de M. le Directeur de l'hospice, confiée à Mme Félicité Violet, âgée de soixante-trois ans, ménagère à Croix-Chapeau. Samedi dernier, la femme Violet envoya l'enfant à l'extrémité du village, pour faire une commission et ne la revit plus. Elle vint alors faire sa déclaration à l'hospice, et donna le signalement de la fillette.

Dimanche matin, le garde champêtre de Dompierre trouvait, rôdant sur la route de Dompierre, une fillette qui lui parut abandonnée et qu'il conduisit à la gendarmerie de La Rochelle. Celle-ci conduisit à son tour la fillette à l'hospice où on la reconnut pour être la petite échappée de la veille. L'enfant ne paraît pas jouir de toutes ses facultés. (*Petite Gironde,* 11 septembre 1900.)

FAITS DIVERS.

ASILE D'ALIÉNÉS. — *Promotions* (septembre 1900) : M. le Dr DERICQ, directeur médecin de l'asile public d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir) est promu à la 1re classe du cadre à partir du 1er octobre 1900) ; — M. le Dr BOURDIN, médecin-adjoint à la Charité (Nièvre), promu de la 1re classe à la classe exceptionnelle ; — M. le Dr SANTENOISE, médecin-adjoint à Dijon est promu de la 1re classe à la classe exceptionnelle ; — M. le Dr DERICQ, médecin-adjoint à Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire) est promu de la 1re classe à la classe exceptionnelle.

Asile public d'aliénés de Blois. — Une place d'interne est vacante à l'asile de Blois; nourriture, logement, blanchissage, chauffage, éclairage et 900 francs à partir de 12 inscriptions; 1 200 francs avec 16 inscriptions. L'interne est admis obligatoirement aux charges et avantages de la caisse des retraites. Un laboratoire d'histologie et de microbiologie est à sa disposition avec une indemnité de 300 francs s'il justifie de connaissances spéciales pour en être le chef.

Une jeune incendiaire. — Deux incendies se sont déclarés à deux jours d'intervalle, à Valsemé, près Pont-l'Evêque, et ont consumé un pressoir appartenant aux sieurs Rouelle, Hommet et Lemaître, et un bâtiment appartenant au sieur Lecable. Certains indices laissèrent supposer que ces incendies étaient dus à la malveillance. On soupçonna la jeune Trouvé, treize ans, née à Pont-l'Evèque et servante depuis un mois chez le sieur Lecable. Interrogée, elle a reconnu avoir allumé les deux incendies, mais n'a pu dire dans quel but. Elle a été arrêtée. (*Bonhomme Normand*, 23 août.)

Asile de Maréville. — A l'asile départemental d'aliénés de Maréville, près de Nancy, deux gardiens, les nommés Gœrling et Konkewitz, se sont livrés sur une malade à de telles violences, que la malheureuse victime est dans un état désespéré. Ils ont été arrêtés. (*Tablettes des Deux-Charentes*, 8 septembre.)

Le rédacteur-gérant : Bourneville

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 10-1900.

Vol. X. Novembre 1900. N° 59.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

THÉRAPEUTIQUE.

Le traitement mécanothérapique des hémiplégiques (*massage, rééducation des mouvements et mécanothérapie compensatrice*);

Par le Dr P. KOUINDJY.

Le traitement mécanothérapique de l'hémiplégie est un traitement externe d'un symptôme, dont la lésion causale échappe souvent aux investigations thérapeutiques de la science. D'où il résulte, qu'il peut être appliqué parallèlement avec n'importe quel traitement de la lésion centrale.

Le traitement mécanothérapeutique ou plutôt masso-mécanothérapique, tel que nous l'avons pratiqué soit dans la clinique de notre très distingué maître, M. le professeur Raymond, soit dans notre clientèle privée, se compose de trois parties : du *massage méthodique*, de la *rééducation des mouvements* et de la *mécanothérapie compensatrice.* C'est du reste le même procédé que nous employons dans le traitement de différentes paralysies.

Sans nous arrêter plus longtemps sur l'historique de la question, nous devons faire remarquer, que la paternité de ce traitement, ainsi que celui qui est présenté sous la dénomination kinésithérapique, appartient à Todd [1], qui en 1856 se prononça d'une façon catégorique contre les traitements internes de l'hémiplégie, connus de son temps, ainsi que

[1] Todd. *Clinical lectures on paralysis*, 2e édition, p. 125.

contre le traitement exclusif par l'électricité. Todd exigea pour les hémiplégiques « un système régulier d'exercice, l'électrisation, maniée avec précaution et abandon de la strychnine ». L'appel de Todd resta longtemps sans échos et ce n'est que tout récemment, que le traitement des hémiplégiques par la mobilisation était proclamé par les neurologistes modernes. entre autres par nos maîtres le professeur Raymond, MM. Gilles de la Tourette et P. Marie. Voici ce que dit M. Marie [1] dans son intéressant article sur le traitement des hémiplégiques : « La gymnastique rationnelle peut à elle seule, quand elle est employée assez tôt et avec toutes les persévérances nécessaires, rendre les plus grands services, car, c'est à elle surtout, que l'on devra d'empêcher le développement des contractures et d'obtenir le rétablissement relatif de la motilité dans les membres paralysés. » M. Gilles de la Tourette [2] écrit dans son ouvrage sur la question, que, « la mobilisation précoce des articulations devra être la base du traitement externe chez les hémiplégiques ».

Dans ses intéressantes leçons de vendredi le professeur Raymond insista à maintes reprises sur le traitement des hémiplégiques par la mobilisation et la mécanothérapie rationnelle. La question s'est développée également au delà de nos frontières et, en Allemagne, elle fut étudiée dans le service de M. le professeur Leyden, grâce aux appareils de mécanothérapie, inventés par notre confrère et ami le Dr Jacob de Berlin pour le traitement des ataxiques. Nous avons donné une plus grande extension à la mécanothérapie compensatrice de MM. Leyden et Jacob [3], en modifiant les appareils et en les appliquant dans le traitement des hémiplégiques. Ainsi le traitement des hémiplégiques par le massage et par la gymnastique rationnelle était admis en principe par quelques-uns de nos confrères et même préconisé par quelques-uns de nos maîtres. Mais, la plupart de nos confrères aussi bien de la capitale que de la province est encore à la vieille routine, qui considère l'hémiplégie comme un pis-aller de la situation et qui veut qu'on laisse la malade tranquille et au jeu du hasard.

[1] P. Marie. *Traitement de l'hémiplégie*. Traité de thérapeutique de A. Robin. F. XIV, p. 209, 1898.

[2] Gilles de la Tourette. *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1898.

[3] Von Leyden et P. Jacob. *Beriet über die Anveendung der physicachen Heilmethoden*. Charité-Annalen, XXIII. Johrg.

On est persuadé, dans un milieu médical, que l'hémiplégie guérit toute seule, que l'hémiplégique marchera un beau matin seul, si la lésion centrale guérit, sinon, tant pis, il restera tel que et rien ne l'améliorera, surtout si l'électricité n'a rien fait.

Cette expectation, quoique approuvée dans une certaine mesure par des exemples, est néanmoins contraire au devoir médical. L'immobilisation des membres paralysés et l'abandon de l'hémiplégique à son sort est peu humain, d'autant plus que l'hémiplégique a plus besoin des soins de l'homme compétent, que n'importe quel autre malade, ne serait-ce que pour son état moral. L'hémiplégique, « cet enfant peu gâté de la thérapeutique », comme l'appelle M. Gilles de la Tourette [1], a besoin et de notre concours et de notre savoir technique.

Ceci dit, nous passons maintenant à la description de notre méthode.

Tout d'abord nous commençons par le massage, qui nous permet, en dehors de son action directe, de nous rendre compte de l'état tonique des muscles, du degré de l'atrophie, des contractures, de l'œdème et de l'épaisseur des couches adipeuses, qui couvrent souvent les muscles atrophiés et masquent l'atrophie.

De plus, le massage permet d'étudier : les arthrites des articulations des membres paralysés ; l'anesthésie et l'hyperesthésie des régions atteintes, la contractilité musculaire, la rétraction tendineuse, la flaccidité de différents groupes musculaires, etc. En un mot, pendant les premières séances nous employons le massage à titre de diagnostic. Le diagnostic palpatoire (die pal patorische Diagnose du professeur Hoffa de Wurtzbourg) [2] est la caractéristique du massage raisonné ou méthodique. Il se fait plus ou moins bien, selon l'aptitude personnel de celui qui l'applique.

Après s'être rendu compte de l'état des différents éléments des régions atteintes, nous continuons le massage raisonné à titre thérapeutique. Le procédé du massage a, dans le traitement des hémiplégiques, peu d'importance et, contrairement à ce que dit M. Courtade [3], nous massons l'hémiplé-

[1] *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1898.
[2] Professeur A. Hoffa. *Technik der massage*, Zw. auplage, p. 1, 1897.
[3] Courtade. *Note sur quelques cas d'hémipligie*, cité par P. Marie.

gique comme les autres, en commençant par la racine du membre et en terminant par ses extrémités. A ce point de vue nous partageons l'opinion de notre confrère M. Goliakhowsky [1], qui, avant de commencer le massage général du membre, le prépare en partant de la racine vers l'extrémité. En ce qui concerne les manœuvres du massage, elles doivent toujours être centrifuges, telles qu'elles furent indiquées par Hippocrate [2] et suivies par toutes les autorités du massage scientifique. Ainsi, tous les procédés du massage thérapeutique, sauf le « Koungfou » des Chinois, peuvent être appliqués dans le traitement des hémiplégiques, si on suit une méthode déterminée par l'hypotonie ou l'hypertonie des muscles des membres paralysés. La force des manœuvres appliquées varie seule et selon les considérations précédentes. Dans le massage méthodique il faut commencer par l'effleurage et passer graduellement au pétrissage et autres mânœuvres et sans interruption. C'est du reste l'avis de William Murel, de Beuster, de Sreiber, de Mosengeil, de Max Schüller, de Habermman et d'autres massothérapeutes bien connus. Les muscles atrophiés sont massés plus fortement que les muscles contracturés. Deux des muscles contracturés sont évités par nous, surtout au début du traitement : le rond pronateur et l'adducteur du pouce. A l'hôpital, où nous faisons masser les malades par des aides peu expérimentés, nous recommandons deux séances par jour, car le massage, fait par les empiriques, est de beaucoup inférieur à celui qui est fait par l'homme de l'art.

Le massage méthodique au raisonné rend des énormes services aux hémiplégiques : il arrête l'atrophie, qui les envahit inévitablement, si on n'intervient pas à temps opportun; il s'oppose à la propagation de l'œdème ; il assouplit les articulations, distend le tissu élastique rétracté et fortifie les fibres musculaires, frappées de la parésie. Quel est le processus de l'action du massage méthodique dans la paralysie? On croit, et c'est l'opinion d'une majeure partie de nos confrères, que le massage agit par le rétablissement de la circulation, c'est-à-dire par l'activité de la nutrition des régions atteintes soit de l'atrophie, soit de la parésie. On croit aussi, que c'est par l'action directe sur la fibre nerveuse, que le massage

[1] Goliakhowsky. *La technique du massage*. Wratch, n° 12, p. 337, 1898.

[2] Hippocrates. Édition Littré, p. 323.

méthodique donne les avantages indiqués plus haut. Le professeur Zabloudowsky de Berlin [1] fait même chez les hémiplégiques un massage spécial des nerfs pendant deux, trois minutes. D'abord il frappe le nerf lésé avec la main fermée d'une façon rythmique, en allant de la périphérie au centre; puis il masse ce nerf à pleine main dans le même sens. Pour nous, le massage méthodique agit plutôt par son influence nutritive; il agit sur les fibres musculaires, non atteintes de l'atrophie et qui, en proliférant, régénèrent le muscle paralysé. Le massage méthodique serait ici le régénérateur du muscle en voie d'atrophie. Il faut masser avec précaution les régions infiltrées. Les éruptions cutanées chroniques ne doivent pas arrêter le massage. Dans un cas nous avons massé tous les jours la face externe de l'avant-bras, malgré la présence d'une large plaque d'un vieux psoriasis, qui couvrait complètement la région. Le massage n'a non seulement aggravé le psoriasis, mais l'a même amélioré considérablement.

Aussitôt que nous constatons le retour de la force musculaire et que le membre est capable d'exécuter un mouvement quelconque, nous commençons les exercices rationnels par la rééducation des mouvements. Nous apprenons d'abord au malade à se lever sur son séant et à descendre de son lit. Descendre du lit et y remonter est pour l'hémiplégique une grande occupation. On rencontre souvent cette impossibilité ou plutôt cette crainte de ne pas pouvoir descendre de son lit chez les vieux hémiplégiques, qui marchent depuis longtemps. Chez une de nos malades, que nous avons soignée à la Salpêtrière, l'ictus remonta à six mois; la malade pouvait marcher lorsqu'on la mettait debout et lorsqu'on la soutenait par un bras. Mais elle était incapable de s'asseoir et de descendre de son lit. Pour la mettre sur le lit, on était obligé de la poser comme une seule masse. Dans un autre cas, l'accès datait depuis deux ans et la malade ne pouvait pas se coucher toute seule. Après quelques jours de rééducation nous arrivons à apprendre à nos malades la manière de descendre et de remonter sur le lit sans aide de personne.

Si l'ataxique a table rase des coordinations des mouve-

[1] Professeur Zabloudowsky. *Le traitement par le massage.* (*Wratch.*, n° 4, 1898, p. 105.)

ments, comme le dit M. Frenkel [1], l'hémiplégique présente la perte absolue de l'exécution des mouvements du membre paralysé. Souvent l'hémiplégique hésite à faire le mouvement dont il possède des éléments nécessaires : la force musculaire et la mobilité des articulations. Ce qui lui manque, c'est la notion de l'exécution du mouvement. On est donc forcé, lorsqu'on s'occupe du traitement des hémiplégiques, de chercher patiemment quel est le mouvement qui se trouve conservé chez ces malades, même en état de reliquat. Puis on est obligé d'indiquer les moyens d'exécution de ce mouvement et prouver à l'hémiplégique qu'il est en mesure de l'accomplir.

Pour prouver à nos malades qu'ils peuvent exécuter les mouvements indiqués, nous cherchons à leur donner un point d'appui sûr, afin que l'exécution du mouvement ne soit pas entravée par la crainte de tomber, crainte qui domine tant chez les hémiplégiques. Mais avant d'ordonner un mouvement quelconque, on doit être persuadé de la possibilité de son exécution, car, après une chute, aussi inoffensive qu'elle soit, l'hémiplégique devient réfractaire et se prête peu à l'exercice qui a causé sa chute. Comme appui pour la rééducation de la marche, nous nous servons d'abord de la béquille ; plus tard nous la remplaçons par la canne-béquille. Nous préférons la béquille aux mains de l'aide, parce que, grâce à elle, l'hémiplégique s'habitue à rester seul dans l'espace et cherche à équilibrer son corps sans l'aide d'une seconde personne.

Les premiers exercices de la marche consistent en exécution des mouvements cardinaux des membres inférieurs : la flexion, l'extension, la circumduction, la rotation du pied en dedans et la rotation du pied en dehors. Pour obtenir plus facilement la flexion de la jambe, lorsque le malade est debout, nous nous servons des petits bancs ou des petites caisses de différentes hauteurs. Le malade, en s'appuyant sur sa béquille ou sur sa canne, doit arriver à poser successivement son pied malade et sans toucher le bord sur ces différents bancs, jusqu'à ce qu'il arrive à mettre son pied sur la première marche de la plate-forme (*fig.* 7), qui lui servira pour apprendre à monter et descendre l'escalier. L'exercice, que nous venons d'indiquer, est l'un des plus importants de

[1] M. Frenkel. *De l'exercice cérébral appliqué au traitement de certains troubles moteurs.* (*Semaine médicale*, 1896, p. 123-124.)

la rééducation de la marche. Grâce à lui, nos hémiplégiques arrivent à marcher sans traîner leur jambe malade. Le pro-



Fig. 7. — Plate-forme démontable. (Exercice de monter et de descendre l'escalier.)

cédé d'Erben [1] pour obtenir la flexion de la jambe paralysée sur la cuisse et qui consiste en flexion exagérée de deux cuisses sur le bassin est au-dessous de notre procédé, car

[1] Erben. *Zur Behandlung der Hemiplegiker.* (*Neurolog. Centralblatt.*, 1897.)

en fléchissant les deux cuisses et en élevant le pied malade, l'hémiplégique perd facilement l'équilibre et se dépêche de poser sa jambe malade, n'importe comment. Dans notre cas, nous lui donnons un point de repos au moment de la flexion (le pied étant posé sur le petit banc), ce qui permet au malade de relâcher le groupe musculaire fléchisseur et de réagir un instant après avec toute la force acquise pour porter le pied du banc par terre. M. le professeur Marinesco, qui a essayé le procédé d'Erben dans son service à Boucarest, nous a affirmé verbalement qu'il le trouve complètement insuffisant, et, contrairement à ce qu'avance notre confrère allemand, ne lui a jamais donné de bons résultats.

En ce qui concerne la rééducation de la marche, nous ne partageons pas également l'opinion de M. Erben, qui veut que l'hémiplégique avance toujours la jambe saine. Nous apprenons au contraire aux hémiplégiques à marcher, non pas en approchant le pied paralysé du pied bien portant, mais en posant, comme cela a lieu normalement, un pied devant l'autre.

Tout récemment MM. Richer et Cestan ont montré dans leur intéressant travail, fait dans la clinique du professeur Raymond, que, normalement, l'homme porte un pied devant l'autre, en formant ainsi un triangle de stabilité. D'où il résulte, que pour la rééducation de la marche chez les hémiplégiques, il faut obtenir une figure de stabilité et, celle-ci, nous l'obtenons au commencement par la béquille, et, plus tard par la canne. La béquille forme le troisième pied du trépied de la stabilité. Le corps est ainsi supporté par ce trépied, dont la faiblesse de la jambe paralysée est compensée par la résultante de deux autres pieds.

Parfois on est obligé de décomposer la marche en trois, quatre, cinq temps, etc. Dans un cas, que notre distingué confrère M. Créquy a bien voulu nous confier, nous fûmes obligés de commencer l'éducation de la marche par la pose du pied en quatre temps, le malade marchait sur le bord externe de son pied malade. La pose du pied se composait ici de quatre temps suivants :

1er temps : flexion de la cuisse sur le bassin ;
2e temps : extension de la jambe ;
3e temps : rotation exagérée du pied en dehors ;
4e temps : déplacement de la jambe saine.

Grâce à cet exercice notre malade est arrivé à marcher



Fig. 8. — Appareil de traction à double poulie. (Exercices de flexion et d'extension du membre supérieure.)

d'abord lentement, ensuite plus vite, en posant toujours son pied un peu en dehors. Plus tard il corrigea plus vite ce défaut et actuellement il pose son pied malade normalement.

Pour aider aux groupes musculaires d'exécuter plus facilement la flexion et l'extension de la jambe paralysée, nous faisons préalablement ces exercices au moyen d'un appareil de traction à double poulie (*fig.* 8). On fixe sur une traverse



Fig. 9. — Hémiplégie droite. (Exercice de monter sur la plate-forme.)

en bois deux poulies ordinaires. La corde qui passe sur ces poulies, est munie, à l'une de ses extrémités, d'un crochet ou d'un réceptable pour recevoir les poids, et, à l'autre extrémité, d'une poignée large ou d'une courroie ordinaire pour le pied. Au fur et à mesure du développement de la force musculaire, on ajoute les poids et on augmente ainsi la force de la traction. La traction en parallélogramme permet d'ob-

tenir une traction identique dans toute la durée de l'exercice. Nous nous servons également pour le même exercice de l'appareil caoutchouté; mais les résultats y sont de beaucoup inférieurs, qu'avec l'appareil à double poulie. La plate-forme



Fig. 10. — Hémiplégie droite. (Exercice de descendre de la plate-forme.)

(*fig.* 9 et 10), qui nous sert pour apprendre aux hémiplégiques de monter et descendre l'escalier, est composée de deux caisses d'inégales dimensions. La plus petite peut être placée à volonté sur la plus grande, qui forme la première marche de la plate-forme. Celle-ci est munie de deux côtés de rampes destinées aux exercices du bras paralysé pendant l'ascension et la descente du malade. Nous nous servons également pour apprendre à nos hémiplégiques, ainsi qu'aux autres paraly-

tiques, la station debout, la chaise roulante de MM. Leyden et Jacob (*fig.* 11).

Ainsi, les appareils les plus simples, comme bancs ou



Fig. 11. — Chaise roulante de MM. Leyden et Jacob. (Paraplégie spasmodique.)

caisses de différentes dimensions, comme appareils de traction caoutchoutés ou à doubles poulies, comme plan incliné, etc., nous servent à produire les différents mouvements rationnels, les facteurs indispensables pour la rééducation de la marche. De telle sorte, la mécanothérapie devient

dans notre méthode un agent secondaire, nécessaire pour activer et faciliter l'exécution des différents mouvements — c'est la mécanothérapie compensatrice du traitement; elle occupe dans notre méthode la même place que la mécanothérapie compensatrice de MM. Leyden et Jacob dans le traitement des ataxiques.

La rééducation des mouvements du membre supérieur exige plus de temps et de sagacité, que la rééducation de la marche, car les mouvements du membre supérieur sont plus étendus que ceux du membre inférieur. Ici, nous commençons toujours par les mouvements actifs et nous faisons peu de mouvements passifs. Les mouvements passifs seuls ont peu d'importance dans la rééducation des mouvements du membre supérieur. On peut tourner le bras paralysé dans tous les sens, du matin au soir, l'hémiplégique n'acquerra pas pour cela plus de mouvements qu'il n'en possède : le bras reste immobile ou contracturé, malgré les mouvements répétés. Les mouvements passifs, par contre, agissent bien, comme agents prophylactiques contre les arthrites, et c'est à ce titre que nous les employons chez les hémiplégiques. Dans un de nos cas on fit matin et soir des mouvements passifs du bras dès le début de l'hémiplégie et la malade pouvait à la fin de la deuxième année à peine bouger son bras. Néanmoins, ces mouvements ont fait disparaître complètement les arthrites des articulations du membre atteint. Par conséquent, si on veut obtenir quelques mouvements du membre supérieur, c'est aux mouvements actifs qu'il faut donner préférence. Nous faisons apprendre à l'hémiplégique la façon d'exécuter le mouvement indiqué, quitte à le faire irrégulièrement. Plus tard, quand le malade est capable de faire le mouvement, nous lui indiquons la correction à faire, pour que le mouvement soit exécuté régulièrement.

Il faut d'abord chercher à activer les mouvements de chaque articulation séparément, en passant par les mouvements de flexion et d'extension ; puis on s'approche vers le mouvement réel de l'articulation. Parmi les articulations atteintes, l'articulation scapulo-humérale tient la place principale ; c'est par elle que nous commençons la rééducation du bras. Toute une série de mouvements, ayant pour but de provoquer la mobilité de l'articulation de l'épaule, est essayée dès le début du traitement. On insiste davantage sur les mou-

vements actifs positifs pour passer aux mouvements réels. Nous appelons mouvement actif positif — le mouvement constaté, tel qu'il se présente devant nous, et le mouvement actif réel, — celui qui devrait être en réalité. Par exemple : un hémiplégique écarte son bras du corps, en le portant en arrière. Cet écartement sera positif; mais l'écartement du bras du corps sera réel lorsque l'hémiplégique l'écartera latéralement. Un autre exemple : un hémiplégique n'écarte son bras paralysé du corps qu'en fléchissant l'avant-bras sur le bras, c'est un mouvement positif; le mouvement sera réel quand le malade écartera son bras en extension.

L'adduction exagérée du pouce désespère souvent les hémiplégiques; par conséquent, pendant le traitement, nous ne quittons jamais nos malades sans s'assurer du degré de l'abduction de ce doigt, que nous obtenons, en massant pendant l'exécution du mouvement d'abduction les muscles abducteurs et opposant du pouce. Dans un cas, dont l'ictus remonta à deux ans, nous sommes arrivé après deux mois de traitement à permettre au malade d'allonger son pouce et de le placer en dehors de la poignée pendant la flexion des autres doigts. Nous passons sous silence une foule d'exercices par étapes, qui ont pour but de porter la main paralysée sur l'épaule opposée, sur la tête, derrière la tête, de saisir des différents objets, etc.

Pour faciliter la rééducation des mouvements du membre supérieur, nous employons comme appareils de mécanothérapie compensatrice, des haltères (*fig.* 12), des poids, des bâtons à deux boules, des appareils de traction à caoutchouc, à deux poulies, des roues pour la supination, pour la circumduction, etc. La construction de ces appareils ne demande point des connaissances techniques spéciales, ils sont simples par leur composition, mais présentent parfois de réelles difficultés dans leur application. Il faut savoir choisir l'appareil correspondant et l'appliquer à temps opportun pour obtenir les résultats voulus. Un appareil, appliqué mal à propos, fatigue et désespère le malade.

Voici l'ensemble de notre méthode de traitement des hémiplégiques. Elle consiste, comme nous l'avons déjà dit, en *massage raisonné*, guidé par l'état tonique des muscles et les manifestations pathologiques qui accompagnent l'hémiplégie ; en *gymnastique rationnelle* ou bien en *rééducation*

des mouvements des membres atteints de paralysie. La gymnastique rationnelle est produite par les exercices faits avec



Fig. 12. — Hémiplégie droite. (Exercices des haltères.)

des appareils simples, dont l'ensemble forme la *mécanothérapie compensatrice.*

Ce traitement, si simple par sa description, présente cependant quelques difficultés. D'abord il exige de la part du médecin une persévérance exceptionnelle. Les malades, surtout les hémiplégiques résiduels, selon l'expression de Mann, en possèdent plus qu'il en faut. On doit seulement leur prouver

que le traitement leur est utile et leur rend de réels services, parce que nul autre malade ne se décourage plus vite qu'un hémiplégique. La vue d'un membre immobile, qu'il considère avec tous les siens comme mort, l'effraie. On est donc obligé de lui inspirer confiance par le traitement, prouver et persuader qu'il tirera un réel profit, s'il suit régulièrement les indications du médecin traitant.

L'époque de l'application du traitement ne doit même pas se discuter. Plus tôt on le commence, plus sûr et plus vite on constate ses bons effets. Nous l'avons appliqué dans un cas trois jours après l'ictus, malgré l'interdiction formelle du médecin traitant de ne pas toucher le malade et, au bout de deux mois et demi, notre malade descendait déjà l'escalier. Dans un autre cas, nous avons débuté à la fin du troisième mois après l'accès, et notre malade se promenait dans la voiture trois mois après le début du traitement. Six mois après, il se coiffait avec son bras paralysé, prisait et se servait de son bras le mieux possible. Dans un troisième cas, nous avons commencé notre traitement six mois après l'ictus ; les résultats favorables s'obtenaient plus difficilement. Néanmoins, au bout de deux mois et demi, la malade pouvait déjà traverser seule l'énorme cour qui sépare l'infirmerie de la Salpêtrière de la clinique Charcot. Si les bons effets du traitement étaient plus lents à venir dans ce cas, c'est parce que la malade fut massée par les masseuses du service, dont l'instruction générale et l'état physique laissent souvent à désirer. Dans un cas de monoplégie symptomatologique de la sclérose en plaques du bulbe, le traitement masso-mécanothérapique permit à la malade de quitter le service du professeur Raymond trois mois après le commencement du traitement. Outre la monoplégie droite supérieure, cette malade présentait encore d'autres phénomènes bulbaires, comme le nasillement, la paralysie du côté droit du palais, la difficulté de la parole, de la respiration et de la déglutition. Tous ces phénomènes restèrent à peu près sans modification au moment de la sortie de la malade, tandis que la monoplégie s'améliora considérablement.

Il résulte de tout ce qui précède, que notre traitement doit être appliqué toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une hémiplégie ou d'une monoplégie de n'importe quelle nature. En l'appliquant plus tôt on a des chances d'éviter les contrac-

tures qui forment souvent des freins à la marche progressive de l'amélioration chez les hémiplégiques résiduels. Nous nous inscrivons contre l'emploi des appareils orthopédiques, destinés à lutter contre la contracture des hémiplégiques. Les essais, que nous avons faits dans ce sens, nous ont fourni toujours des résultats négatifs, car les appareils orthopédiques augmentent l'atrophie et occasionnent une aggravation des contractures. Par contre, le massage léger agit parfois utilement sur les contractures musculaires. Au début nous évitons de masser deux muscles les plus souvent contracturés. Ces muscles sont le rond pronateur et l'adducteur du pouce. Inversement nous insistons davantage sur les muscles atrophiés, à qui nous faisons subir des manœuvres habituelles du massage : effleurage, pétrissage, hachage, etc.

Si le massage et les exercices rationnels agissent d'une façon bienfaisante sur les troubles moteurs des hémiplégiques, les troubles sensitifs restent souvent sans grande modification. Dans quelques-uns de nos cas nous avons constaté que la sensibilité cutanée se modifiait trop peu sous l'influence du traitement. Elle suivait pour ainsi dire son cours normal, alors que les hémiplégiques marchaient et se servaient de leur membre supérieur. Nous avons eu également l'occasion de constater que l'aphasie s'améliora excessivement peu sous l'influence du traitement. Par conséquent, l'influence du traitement masso-mécanothérapique se manifeste par son action locale, c'est-à-dire par son action directe sur les groupes musculaires paralysés.

Quelques mots du traitement interne, que nous ne laissons nullement de côté. Nous le prescrivons d'après les préceptes de l'Ecole de la Salpêtrière : iodure de potassium à petites doses à longue échéance, pur ou mélangé avec le bromure, 1 gramme par jour. Pour avoir les selles quotidiennes nous donnons soit des pilules d'aloès, soit d'autres laxatifs.

L'électricité a été employée dans deux de nos cas avant notre traitement. Dans ces deux cas elle n'a donné que des résultats négatifs. Chez les enfants et chez les hémiplégiques, au début de la maladie, l'électricité est plutôt nuisible, surtout lorsqu'elle est confiée aux mains inexpérimentées. Notre distingué confrère et ami, M. Oudin, dont la compétence dans l'électrothérapie est incontestable, se prononce contre l'emploi de l'électricité chez les hémiplégiques. J'admet

parfois l'emploi d'un courant continu et très léger, mais appliqué par l'électrothérapeute bien exercé. Parfois il est même à craindre que l'électricité n'accélère pas trop l'atrophie musculaire. Sans discuter la valeur de l'électrothérapie dans les cas des hémiplégiques, nous la laissons souvent de côté et la considérons comme un agent peu utile, lorsqu'on masse les régions atteintes de paralysie.

En résumé, nous croyons le traitement masso-mécanothérapique, décrit plus haut, susceptible de rendre de réels services aux hémiplégiques. Nous sommes même convaincu que jusqu'à nouvel ordre, c'est le seul traitement qui est capable de donner dans le traitement de l'hémiplégie de bons résultats. En tout cas, il présente l'avantage d'être simple dans son ensemble, d'être à la portée de tous ceux qui veulent laisser de côté la vieille routine expectatrice et venir en aide à leurs hémiplégiques, qui ont besoin et de leur soutien moral et de leurs connaissances techniques. Mais avant de conclure, nous devons répondre aux questions suivantes, que chacun de ceux qui nous lisent a le droit de nous poser :

De quelle durée est le traitement ? Faut-il le continuer sans interruption ? et peut-il être à la portée de tout le monde ?

Le traitement en question est dirigé, comme nous l'avons déjà fait remarquer, contre un symptôme. Par conséquent, il doit durer jusqu'à ce que le symptôme persiste. Dans les cas légers, il est d'une courte durée ; dans les cas résiduels ou bien dans les cas d'hémiplégie prolongée, il est également prolongé. Dans tous les cas il accélère la guérison par l'amélioration de l'hémiplégie. Comme il est à peu près difficile d'affirmer, au début, si l'hémiplégie sera transitoire ou persistante, il faut toujours appliquer le traitement dans toutes ses règles. Nous arrêtons notre intervention quand nous constatons que l'hémiplégique peut arriver à exécuter les mouvements voulus et ordonnés, quelle que soit la vitesse de leur exécution. La promptitude vient avec les exercices quotidiens que nous recommandons à nos malades.

Le mieux est de ne pas discontinuer le traitement. Mais, comme souvent ceci dépend des conditions secondaires au traitement, il vaut mieux éloigner les séances que les interrompre complètement. Par ce moyen, on arrive à entretenir les résultats obtenus et à progresser lentement (1).

(1) Depuis plus de vingt ans nous employons les exercices des jointures

Le traitement est à la portée de la classe aisée. Pour les pauvres, il est facile de créer des services spéciaux (du moins on doit les créer), à l'exemple des services d'électrothérapie, où les indigènes reçoivent les soins aussi longtemps que possible. Il va sans dire qu'un service masso-mécanothérapique bien organisé pourrait rendre d'énormes services à la population, à la médecine et surtout aux élèves de nos cliniques médicales de Paris [1].

ENSEIGNEMENT

Les Cliniques psychiatriques des Universités allemandes [2];

Par le Dr Paul SÉRIEUX,
Médecin des asiles publics d'aliénés de la Seine, chargé de missions.

Université de Leipzig (Royaume de Saxe).

La faculté de médecine de l'université de Leipzig comptait, lors de notre visite (semestre d'été 1894), 672 étudiants (dont 32 Saxons), 11 Professeurs ordinaires, 1 Professeur ordinaire honoraire, 16 Professeurs extraordinaires, 23 Privat-docenten.

C'est, en Saxe, à Leipzig, qu'a pris naissance l'enseignement clinique des maladies mentales en Allemagne. Heinroth, élève de Pinel, fut, en 1811, nommé par l'université de Leipzig professeur de psychiatrie. Il continua ses leçons jusqu'en 1843.

La clinique universitaire actuelle est la seconde clinique psychiatrique construite, en Allemagne, en vue de sa destination spéciale et conformément aux indications formulées par Griesinger (la première est celle de Heidelberg). C'est le professeur Flechsig qui en a conçu le plan. Commencée au printemps de 1880, elle a été inaugurée en mai 1882. Primitivement destiné aux *aliénés* propre-

et le massage des masses musculaires pour empêcher l'apparition de la contracture ou chez les enfants hémiplégiques (B).

[1] Un extrait de cet article fut communiqué au XIII° Congrès international de médecine de Paris. *Section de Neurologie.*

[2] Voir *Archives de Neurologie*, n° 57, t. X, p. 193.

ments dits, l'établissement est devenu, par arrêté ministériel d'avril 1888, la « Clinique de psychiatrie et des maladies nerveuses » (*Psychiatrische und Nerven-Klinik*).

Le *chiffre des lits* est de 155, mais la population réelle est plus considérable. En 1898, le nombre des malades s'élevait à 145 (75 hommes, 70 femmes); 25 lits sont réservés aux sujets atteints d'affections nerveuses.

Le *prix de revient* du lit a dépassé 10 000 francs. L'établissement tout entier a, en effet, coûté 1 475 000 francs (frais de construction des bâtiments : 910 000 francs ; terrain : 200 000 fr.). Il est vrai de dire que la clinique saxonne, dont le terrain d'assiette a une superficie de 3,3 hectares, et qui est située à proximité des autres cliniques universitaires, peut être considérée comme un établissement modèle au point de vue hygiénique. Il est à regretter cependant que le système des pavillons détachés n'ait pas été adopté de préférence au système caserne. Les quartiers de malades, au lieu d'être répartis dans une série de pavillons distincts, sont en effet compris tous dans un vaste bâtiment affectant la forme suivante : |_____|. Cette construction monumentale est essentiellement composée d'un bâtiment central, de près de 150 mètres de façade, des extrémités duquel partent deux ailes perpendiculaires de 50 mètres de longueur[1]. Le bâtiment central (BB) est à deux étages ; les deux ailes n'ont qu'un seul étage ; quant aux extrémités de ces ailes, réservées aux agités, elles n'ont qu'un rez-de-chaussée. (Voir le plan.)

Les malades paisibles sont logés dans le *bâtiment central* : les sujets affaiblis au rez-de-chaussée ; les pensionnaires de première classe au 1er étage, ceux de deuxième classe au second. Des cabinets médicaux, avec une installation électrothérapique complète, sont placés dans les quartiers de paisibles. Les aliénés agités et demi-agités, ceux qui ont besoin d'une surveillance continue, habitent les *ailes perpendiculaires* au bâtiment central : le premier groupe (agités), au rez-de-chaussée, le second au premier étage.

La *population* des différents quartiers varie de 6 à 7, 8, 12 et 13 malades. Chaque quartier comprend : une salle de réunion, des dortoirs et chambres à coucher (possédant 1 à 9 lits), un corridor, de 3 ou de 5 mètres de largeur, pouvant servir de salle de réunion, un office, une salle de bains, un cabinet de toilette, des closets. Pas de salle spécialement affectée aux repas, sauf pour les pensionnaires de première classe (dames). La surface et la capacité des locaux ont été calculées de façon à ce que, pour chaque malade, on dispose de 16 mètres carrés et de 36 mètres

[1] Nous emprunterons un certain nombre de renseignements et le plan de la Clinique au travail du Dr Buffet, *A travers asiles*, Luxembourg, 1888.

cubes dans les salles de réunion, et de 25 mètres cubes dans les dortoirs.

Les *chambres d'isolement*, au nombre de 15, sont réparties par groupes de trois. Spacieuses, cimentées, peintes à l'huile, solidement construites, elles sont munies de doubles portes et de judas. Le parquet est en bois de chêne, sur lit de bitume. Sous ce parquet étanche sont des conduites où circule l'eau chaude ; on évite ainsi aux agités le refroidissement des pieds.

Aux *fenêtres* de certains quartiers sont placés des barreaux légers en fer. Dans les locaux destinés aux aliénés tranquilles et aux « nerveux », les barreaux sont supprimés. Les fenêtres des cellules sont protégées intérieurement par des volets en fer ou des treillis.

Les *jardins* et préaux sont au nombre de sept. Leur superficie totale est de 2 hectares. Les jardins réservés aux malades tranquilles, aux « nerveux », sont vastes, avec pelouses, allées ombragées, kiosques, bancs. Les jardins des agités sont de forme carrée, assez grands, plantés d'arbres et bien ombragés.

Parmi les aménagements spéciaux que nous avons remarqués, nous citerons des *lits pour épileptiques* ou sujets agités et affaiblis. Ces lits, en forme de caisse capitonnée, profonde, ont des parois hautes de plus de 0 m. 75 et tapissées de matelas mobiles, renouvelables en cas de besoin. L'une des parois se meut à charnière à sa partie inférieure.

Les *gâteux* sont couchés sur une alèze en caoutchouc ; leurs matelas recouverts de toile à voile enduite de vernis. La *ventilation*, très soignée, a nécessité des dépenses considérables. Les cellules, en particulier, sont très bien ventilées. Les *closets* sont à irrigation automatique ; les liquides se rendent dans des fosses cimentées étanches. Le *chauffage* se fait en partie à la vapeur d'eau et à l'air, en partie à la vapeur et à l'eau.

En prévision des *incendies*, tous les escaliers, sans exception, sont en construction massive et garantis absolument contre le feu. Un *réseau téléphonique* dessert tous les locaux importants de la clinique. Un fil spécial met en communication l'établissement avec le poste central de pompiers de Leipzig.

Des *ateliers* ont été installés dans le sous-sol des bâtiments de la division des hommes (cordonnerie, vannerie, bourrellerie). Il existe aussi un atelier de couture. Tous les linges souillés sont *désinfectés* par la vapeur sous pression. En outre de la grande construction affectée aux malades, la clinique comprend encore quatre bâtiments :

1° Le *bâtiment d'administration* (A), situé en avant du bâtiment central avec lequel il est étroitement en rapport. Au rez-de-chaussée : loge du concierge, bureaux, salle d'attente, logement d'un assistant. Le premier étage est occupé par la salle des

cours, la bibliothèque, le cabinet du professeur, les salles d'examen. Au second étage : logements de l'économe et d'un assistant ; — 2° le *pavillon du professeur*, donnant sur la rue ; — 3° le *bâtiment des machines* (chauffage, ventilation, élévation des eaux, élimination des eaux usées). Prix de revient : 300.000 fr.; — 4° le *pavillon d'isolement* pour les contagieux, avec un jardin spécial.

Les *services généraux* (cuisine, buanderie, etc.) sont placés au centre de l'établissement, en arrière du bâtiment central (quartier de malades) auquel ils sont réunis par des galeries couvertes.

Statistique. — Lors de notre visite (1894) la *population* de la clinique était de 150 malades (chiffre normal : 135).— *Nombre des admissions* dans le cours de l'année 1895 : 5ç5 malades. Sorties: 534 ; — décès: 68.— Population, le 31 décembre 1895 : 156.

Sur le nombre total des cas traités en 1895, on a relevé 562 patients (291 hommes et 271 femmes) atteints de maladies mentales proprement dites (psychoses, paralysie générale, psychoses épileptiques ou hystériqnes, imbécillité, idiotie, crétinisme); — 88 cas (83 hommes et 5 femmes) de délire alcoolique, — et 40 sujets (26 hommes et 14 femmes) non aliénés (maladies nerveuses). — Les *sorties* pour cause de guérison ont été dans la proportion de 40 à 45 p. cent ; — pour amélioration de 30 p. cent.— Décès : 12 p. cent.

Personnel médical. — Le professeur de clinique est directeur médecin en chef de l'établissement. Il est secondé au point de vue du service administratif par un économe (*Inspector*). Il a pour collaborateurs un médecin en second, deux assistants pour le service de psychiatrie, un assistant pour le service de neuropathologie, et trois médecins volontaires.

Les admissions des malades se font avec un minimum de formalités. Le directeur dispose de quinze lits gratuits, précieuse ressource pour l'enseignement clinique. Il peut ainsi admettre les malades intéressants, quels que soient leur nationalité, leur domicile de secours, leur situation de fortune. — 200 sujets ont été présentés aux élèves dans le cours de l'année scolaire.

Le *personnel de surveillance* se compose de 26 infirmiers et infirmières, soit 1 pour 5 malades. — Les agents des services généraux sont au nombre de 24. Le total est donc de 50 employés et serviteurs pour moins de 150 malades. — Les infirmiers n'ont pas de chambre spéciale.

Le professeur Flechsig fait quatre conférences par semaine, à 8 h. 1/2 du matin, à 4 heures et à 5 heures de l'après-midi. Le programme des quatre cours est le suivant : 1° cours de psychiatrie clinique ; 2° cours de diagnostic psychiatrique ; 3° cours de psychiatrie médico-légale avec présentation de malades ; 4° cours de physiologie du cerveau.

Les cours du professeur sont très suivis et son laboratoire, d'où sont sortis des travaux d'anatomie du cerveau du plus haut intérêt, très fréquenté. Nous avons assisté à une conférence clinique. Le professeur, qu'accompagne un seul des trois assistants, parle des idées de persécution en général, des idées mélancoliques. Il présente trois malades, dont l'un, un mélancolique avec conscience, est traité par la poudre d'opium.

Né en 1847, M. Paul Flechsig a été nommé professeur extraordinaire de psychiatrie à Leipzig, à trente ans; et, à l'âge de trente-cinq ans, il était professeur ordinaire et directeur de la Clinique. La plupart des travaux qui ont rendu son nom célèbre ont eu pour base l'étude de l'anatomie du développement du système nerveux. Tout le monde connaît ses recherches, vulgarisées par Charcot, sur *les voies de conductibilité de la moelle et du cerveau, d'après l'histoire de leur développement* (1876-1881); — sa méthode basée sur l'apparition de la myéline dans les centres nerveux; — ses travaux sur *les lésions systématiques de la moelle* (1877-1878), sur *les lésions du tabès*, sur *l'anatomie du cerveau et l'histoire de son développement*, sur *le faisceau pyramidal et son trajet dans le cerveau*, (1881), sur *le plan du cerveau humain* (1883), sur *les centres sensoriels et sensitifs*, et enfin sur *les centres d'association et de projection*. Ces derniers travaux ont complétement renouvelé notre conception du cerveau.

Le professeur Flechsig est un partisan du *non-restreint* et un adversaire de l'isolement cellulaire. Les malades ne restent isolés en cellule que *durant quelques heures*. Nous avons vu des malades déchireurs avec les manches de leur maillot cousues, mais les bras libres.

Population, le 1er janvier 1898 : 161 malades (85 hommes, 76 femmes). — *Nombre des admissions* en 1897 : 580 malades (358 hommes, 222 femmes).

Université de Halle (Prusse, province de Saxe).

(*Faculté de médecine :* 12 Professeurs ordinaires, 10 Professeurs extraordinaires, 10 Privat-docenten; 284 étudiants.)

La Faculté de médecine de l'université de Halle, ne disposa, pendant plusieurs années, pour l'enseignement clinique des maladies mentales, que de l'asile provincial de Nietleben, situé à une heure de distance de la ville. C'est en 1879 que le professeur Hitzig y ouvrit une clinique psychiatrique. En raison des inconvénients multiples de cet état de choses, on installa, en 1885, une clinique psychiatrique provisoire dans deux bâtiments en location comprenant 40 lits.

En 1888, l'Université, voulant construire une clinique modèle

pour les maladies mentales et nerveuses, fit, pour la somme de 150 000 francs, l'acquisition d'un terrain de 2,5 hectares situé dans la ville même, à treize minutes des autres cliniques universitaires. Le *prix de revient* des constructions s'éleva à 832 000 francs.

La clinique de Halle, dont le chiffre normal des lits est de 110, fut inaugurée le 29 avril 1891. C'est, en Prusse, la première clinique de psychiatrie constituant un établissement tout à fait autonome, et placée à proximité des autres cliniques universitaires. (*Königliche Psychiatrische und Nerven-Klinik der Universität*, Halle a. S.)

Le professeur Hitzig fut chargé d'en élaborer le plan. Jusqu'alors, les cliniques psychiatriques des universités d'Allemagne, celles de Heidelberg, de Strasbourg, de Leipzig, de Fribourg, avaient été construites d'après le style caserne[1]. Formées d'un ensemble massif de bâtiments étroitement unis les uns aux autres, ces cliniques ne répondent plus à la conception qu'on se fait aujourd'hui d'un établissement d'aliénés. Les bâtiments à vastes corridors, sur lesquels s'ouvrent dortoirs et chambres de réunion, produisent, en général, une impression désagréable sur les malades et sur leurs familles ; leur aspect rappelle trop celui des établissements pénitentiaires. « Pendant longtemps, dit M. Hitzig, et aujourd'hui même encore, le système de la prison ou tout au moins celui de l'encasernement des aliénés a dominé la construction des asiles... L'esprit inventif des architectes et des médecins a réussi sans doute à apporter plus ou moins de complications dans les façades, à briser les longues ligues droites et à varier la monotonie des corridors : on a su combiner avec habileté les jardins et les parcs avec l'emplacement des constructions ; mais les traits fondamentaux du système sont toujours restés ceux d'une caserne. » Hitzig ajoute que la clinique psychiatrique doit remplir dans l'assistance des aliénés une lacune incontestable et que sa tâche humanitaire a une importance infiniment plus grande que ne le soupçonnent beaucoup de ceux qui ne l'envisagent qu'au seul point de vue de l'enseignement[2]. Ces considérations déterminèrent M. Hitzig à adopter le *système des pavillons détachés*, à segmenter la clinique en un certain nombre de bâtiments séparés par des jardins.

La clinique de Halle se compose de *onze pavillons* répartis sur un terrain à peu près rectangulaire, avec 130 mètres de façade. Une première série de constructions, séparée de la rue par un jardin assez étendu, se compose d'un *bâtiment principal* (Hauptgebäude) et de deux ailes (Baracken) en retrait. Ces deux

[1] Voir P. Sérieux, *loc. cit.*

[2] Ladame. *Le nouvel asile des aliénés à Genève*. Genève, 1895, p. 45-46.

ailes, à rez-de-chaussée, constituent les *pavillons de traitement* [1].

A 30 mètres environ en arrière de ce premier plan de bâtiments se trouvent deux *villas* séparées par le *bâtiment des services économiques ;* ce dernier en forme de T, élevé de deux étages, est situé à 18 mètres de chaque villa. A 22 mètres en arrière, troisième plan de constructions composé de deux *pavillons d'isolement*, à rez-de-chaussée ; entre ces quartiers, le bâtiment des machines à vapeur, sur le grand axe du terrain d'assiette. Plus en arrière, l'amphithéâtre. Les pavillons des malades sont tous entourés de jardins avec jeux de boule. Un terrain de culture de 69 ares permet d'occuper les patients aux travaux de jardinage. A la partie sud du terrain, une route carrossable de 6 mètres de largeur conduit à l'amphithéâtre, au bâtiment des services généraux, à l'usine, au jardin potager.

Tous les bâtiments sont construits en briques rouges, avec, pour éviter la monotonie, des assises de briques polychromes ; les toits, en ardoise, ont une inclinaison de 0 m. 25 pour 1 mètre. Nous reviendrons plus loin sur les détails d'aménagement intérieur; disons seulement qu'on s'est attaché à répandre partout l'air et la lumière. Pas de corridors ni de coins obscurs.

L'ensemble des bâtiments est entouré sur trois côtés d'un mur de briques de 2 m. 50 de hauteur. Le quatrième côté, en façade, est séparé de la rue, non par un mur, mais par une *grille* placée sur un soubassement de pierre.

Le chiffre normal de la population est de 11 aliénés de première classe, 6 de deuxième classe, 73 de troisième classe, plus 20 sujets atteints d'affections nerveuses, soit un total de 110 malades répartis en six pavillons (trois pavillons pour chaque sexe [2]). Le jour de notre visite (1894), la clinique comptait en tout 120 malades.

L'établissement étant destiné à recevoir aussi bien des « nerveux » que des aliénés, il a fallu écarter tout ce qui aurait pu le faire ressembler à une prison. On a tenu compte aussi dans l'aménagement de la clinique de la grande proportion des admissions de malades aigus, ainsi que des installations spéciales nécessitées par les 17 pensionnaires.

[1] Dans les pages qui vont suivre nous utiliserons les notes prises au cours de notre visite, et nous résumerons la description de la clinique de Halle, tracée d'après un rapport de M. le professeur Hitzig dans une publication ministérielle : *Anstalten und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheits wesen in Preussen*. Berlin, 1890, pages 298-310.

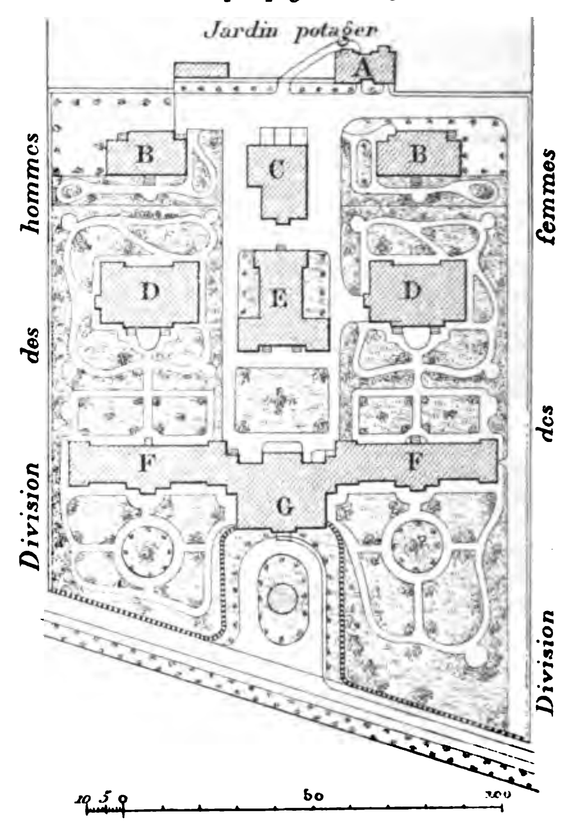
[2] Les *prix de pension* sont les suivants :

Malades de 1re classe (chambre à part) . . .	12 fr.	50
— 2e	3	75
— 3e	1	90

Description des divers bâtiments (voir *fig.* 13).

A. — *Bâtiment principal* (G). — Dans le *sous-sol* (hauteur,

Plan de la Clinique psychiatrique de Halle



A *Amphithéâtre.*	E *Services généraux*
B *Pavillon d'isolement*	F *Baracke (Pavillon de traitement.)*
C *Salle des machines*	
D *Villa*	G *Bâtiment principal*

Fig. 13.

3 m. 10), se trouvent, à droite et à gauche de l'entrée principale :

la *loge du concierge*, le *logement d'un médecin*, un local destiné à servir d'atelier et un autre, plus petit, dans lequel sont placés un moteur et une machine dynamo. Au centre du sous-sol, les calorifères, des corridors et des appareils de ventilation.

Rez-de-chaussée.— On pénètre dans un *vestibule* de 9 m. 70 de longueur et de 5 m. 60 de largeur qui reçoit la lumière des quatre côtés (hauteur, 4 m. 50). Ce vestibule sert de salle d'attente pour les malades de la consultation et pour les autres visiteurs. Une autre partie des malades de la policlinique trouvent place dans une petite *salle d'attente* située à l'entrée et à laquelle sont annexées deux chambres servant à l'*examen* et au *traitement médical* des patients de chaque sexe. A gauche de l'entrée, le *parloir* et les *bureaux*. La *chapelle*, qui mesure 9 m. 70 sur 7 m. 04, est en face de l'entrée principale. A droite de la chapelle, le logement du deuxième assistant ; à gauche, les water-closets et les bureaux de l'économe. Un escalier double conduit au premier étage.

Premier étage (hauteur 4 m. 50). — Les locaux sont distribués autour d'un *vestibule* bien éclairé, de mêmes dimensions que celui du rez-de-chaussée, qui sert de vestiaire aux auditeurs des cours de la clinique. La *salle des conférences* (Auditorium) située au-dessus de la chapelle, dont elle a la superficie, avec une hauteur de 6 mètres, contient 72 auditeurs assis, plus un certain nombre de places debout. Cette salle est aménagée en vue de l'emploi de l'électricité et d'un appareil de projections à la lumière électrique. Elle est en communication directe avec le cabinet du professeur. Le premier étage est encore occupé par trois salles, bien éclairées par deux fenêtres, et servant de *laboratoires* et de *musée ;* par la *bibliothèque* et le *logement du premier assistant.* A l'étage supérieur, mansardes et logement du troisième médecin.

B. — *Pavillons de traitement* (Baracken). — Ces pavillons (F) au nombre de deux, un pour chaque sexe, sont reliés au bâtiment principal qui les sépare par un couloir très court. Chaque pavillon de traitement, *composé seulement d'un rez-de-chaussée*, bâti sur caves de 1 mètre à 2 m. 10 de hauteur, comporte les éléments suivants : *deux salles de 10 lits chacune*, *cinq chambres d'isolement* et les locaux accessoires (salle de bains, etc.) Les deux salles sont à proprement parler des *dortoirs* puisque le pavillon a été aménagé en vue du traitement par le lit : l'une est affectée aux sujets excités ou ayant besoin d'une surveillance permanente ; l'autre est destinée aux malades paisibles et aux nerveux. Elles communiquent par un corridor de 10 mètres de longueur recevant le jour par des sortes de coupoles vitrées. Chaque salle, éclairée par huit larges fenêtres orientées à l'est et à l'ouest, présente les dimensions suivantes : longueur, 10 m. 50 ; largeur, 6 m. 15 ; hauteur, 4 m. 70. La superficie de la salle est donc de 96 mètres

carrés, et la capacité de 560 mètres cubes; ce qui donne, pour chaque malade, 9,6 mètres carrés et 56 mètres cubes. Les murs sont peints à l'huile.

Quant aux chambres d'isolement, leur surface est de 16 mètres carrés et leur capacité dépasse 70 mètres cubes. Elles possèdent des doubles portes; l'une d'elles est munie d'une porte massive. Un infirmier couche à proximité de ces chambres.

Le *parquet* des deux salles et des chambres d'isolement est en bois de chêne ; pour les autres locaux, on a employé le bois de sapin. Les salles de bains (au nombre de deux), les cabinets d'aisance, l'office sont pavés en grès de cérame. Dans les salles de bains sont disposés des mélangeurs munis de thermomètres.

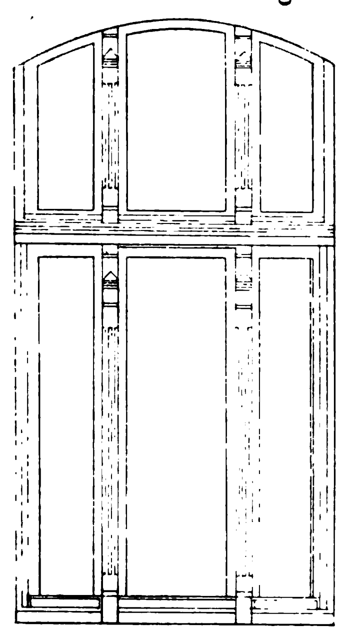
La disposition très ingénieuse des *fenêtres* mérite d'être décrite avec quelques détails. Le modèle en est dû à M. Hitzig qui en a fait l'essai pour la première fois en 1882, à l'asile de Nietleben. Les fenêtres de Hitzig n'ont ni grillages, ni barreaux, ni chainettes ; elles s'ouvrent néanmoins au gré des malades, sans cependant permettre les tentatives d'évasion.

Avec la plupart des aliénistes contemporains, M. Hitzig a toujours considéré l'influence des barreaux aux fenêtres comme fâcheuse sur les malades et sur le public : les grilles donnent l'impression d'une prison et non d'un hôpital. Se basant sur l'expérience qu'il avait faite à l'asile de Zurich, sur la proscription complète des barreaux dans les asiles de Hambourg, Marbourg, Meerenbourg et Alt-Scherbitz, M. Hitzig a, dès 1879, fait construire à Nietleben un pavillon d'admission dont les fenêtres ne se distinguaient des fenêtres ordinaires que par leur mode de fermeture. Mais cette disposition a des inconvénients : M. Hitzig a eu à constater une évasion, suivie de suicide, due à une inadvertance d'une infirmière qui, en fermant une fenêtre à l'aide de la clef spéciale, n'avait pas remarqué que le verrou n'avait pas fonctionné. Tenant compte à la fois des susceptibilités légitimes des malades et des familles à l'endroit des grillages ou des barreaux, et de la nécessité de protéger les aliénés contre eux-mêmes, M. Hitzig a cherché à rendre *matériellement* impossibles certains accidents que le relâchement de la surveillance du personnel doit toujours faire prévoir. Un grand nombre d'accidents peuvent déjà être évités par l'emploi presque exclusif des bâtiments à rez-de-chaussée. Aussi la plupart des malades de la clinique sont-ils logés au rez-de-chaussée. Sur 110 malades, 17 seulement (pensionnaires de 1re et de 2e classe) habitent le premier étage des *villas* que nous décrirons plus loin. En second lieu, par l'emploi de la fenêtre spéciale qu'il a imaginée, M. Hitzig empêche toute évasion.

Cette fenêtre (voir *fig*. 14) est divisée horizontalement en deux parties : dont l'inférieure a les deux tiers de la hauteur totale de la fenêtre. La *partie inférieure*, la plus importante, est elle-même partagée verticalement en trois segments. Le seg-

ment moyen, plus large que les deux autres, est immobile; les deux segments latéraux, au contraire, sont mobiles autour d'un

Fenêtre de Hitzig



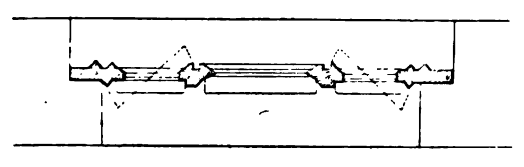


Fig. 14.

axe vertical; ils peuvent ainsi être ouverts par les malades à leur guise, tout en ne laissant qu'une ouverture insuffisante pour leur donner passage. La *partie supérieure* de la fenêtre est, elle aussi, divisée verticalement en trois segments : le segment moyen plus large, mobile autour d'un axe horizontal, peut basculer à l'intérieur de la chambre. C'est une sorte de vasistas qui peut être fermé à clef.

Toutes les fenêtres de la clinique, sauf celles des chambres d'isolement, sont conformes à ce modèle. Grâce à ces fenêtres sans barreaux, pas d'accidents, pas d'évasion, liberté complète laissée aux malades d'ouvrir et de fermer les fenêtres à leur guise, pas d'aspect anormal de nature à attirer l'attention du public.

Les deux pavillons que nous venons de décrire (*Baracken*) servent de quartiers d'admission, de surveillance et de traitement. C'est en prévision de cette destination qu'ils ont été placés à proximité du logement des médecins et de la salle des cours située dans le bâtiment principal. Les sujets nouvellement admis sont couchés dans celle des deux salles de dix lits qui est contiguë au bâtiment principal, à moins qu'il ne s'agisse d'un agité, ou d'un malade inoffensif, ou d'un « nerveux ». Si un accès d'agitation se déclare chez un des patients de cette salle, et trouble le repos des autres. ou bien si le malade a lui-même besoin de ménagements spéciaux d'un calme complet, il est placé dans une des cinq chambres d'isolement qui constituent ainsi une section de demi-agités. Une de ces chambres, placée entre la salle et le bâtiment principal, a ses murs et sa porte plus solidement construits afin de permettre l'isolement d'un malade en proie à un accès d'agitation, peut-être passager, sans qu'on soit obligé de recourir au transfert du patient au pavillon d'isolement. Cette chambre sert aussi au séjour provisoire des maniaques qui doivent être présentés à la clinique.

La salle de surveillance et les cinq chambres d'isolement reçoivent en outre les malades atteints d'affections intercurrentes. Quant à la deuxième salle du pavillon, elle est réservée aux « nerveux ». On dispose donc, en dehors des « nerveux », de vingt à trente lits pour les catégories suivantes : malades à surveiller, malades soumis au traitement par le lit, sujets atteints d'affections intercurrentes. La moitié des malades de troisième classe (au nombre de 73) peuvent donc ainsi être traités dans le pavillon de surveillance (10 places leur sont en outre réservées au pavillon d'isolement). Le personnel de surveillance se compose de trois infirmiers.

C. — Les *villas* possèdent un sous-sol, un rez-de-chaussée, un *premier étage* et un grenier. Ce sont les seuls pavillons de malades ayant un premier étage. Dans le sous-sol de la villa des hommes (hauteur 3 m. 30 c.) sont des locaux d'habitation et un calorifère.

Au rez-de-chaussée (hauteur 4 m. 30 c.), se trouve une salle de 12 m. 75 c. de long et 6 m. 25 c. de large qui peut être divisée en deux parties par des cloisons mobiles : l'une, contiguë à la porte d'entrée, sert de salle à manger ; l'autre est la salle de réunion des 21 pensionnaires. Autour de cette salle se groupent six chambres à coucher, dont deux pour 6 malades, une pour 5, une pour 2 ou 3, une pour 1 ou 2 et une pour 1 malade. Les fenêtres des chambres à coucher sont orientées vers l'Est et le Sud et un petit

nombre vers l'Ouest. La salle de réunion et la salle à manger communiquent avec une véranda et avec l'escalier. Les trois chambres à coucher les plus vastes, servant à 17 pensionnaires, ont 117 mètres carrés de superficie et 468 mètres cubes de capacité, ce qui fait pour chacun d'eux 7 mètres carrés de superficie et 27,5 mètres cubes d'air, proportion suffisante pour des sujets tranquilles et non alités.

Les murs des salles de réunion et des chambres à coucher sont peints à l'huile jusqu'à une hauteur de 2 m. 50; peinture à la colle au-dessus. Les fenêtres présentent les mêmes dispositions que dans les pavillons décrits plus haut; mais elles peuvent, ainsi que les portes, être ouvertes par les malades ; on ferme les jalousies pendant la nuit. L'éclairage des chambres à coucher se fait pendant la nuit à l'aide de vitres placées à la partie supérieure des portes.

Au premier étage (4 m. 05 c. de hauteur), même disposition des locaux. Les fenêtres sont analogues à celles du rez-de-chaussée, mais les vitres en sont plus épaisses, et la partie médiane peut être fermée à clef, les parties latérales restant mobiles sur leur axe vertical. — Au grenier est installé le vestiaire.

D. — *Les pavillons d'isolement* (B). — Chacun des pavilons d'isolement (un par sexe), construit pour 5 malades, en contient néanmoins de 10 à 12. Une porte vitrée donne accès dans une salle de réunion de 10 m. 34 c. de long sur 5 mètres de large, éclairée par la porte et par deux fenêtres. Autour de cette salle sont groupées quatre cellules et une chambre d'observation. L'office, les closets, la salle de bains en sont séparés par un corridor. Les cellules ont 5 mètres de long sur 3 mètres de large et 4 m. 40 c. de hauteur. Elles sont orientées à l'est ; la chambre d'observation au sud. Deux des cellules ouvrent directement sur la salle de réunion. Les deux cellules destinées aux malades particulièrement bruyants donnent sur de petits corridors qui, eux-mêmes, ont une issue sur des jardins.

Le *parquet* des cellules et de la chambre d'isolement est en bois de chêne ; celui de la salle de réunion en bois de sapin ; la salle de bains, les closets, l'office sont bitumés.

Les *murs* des cellules sont revêtus de mortier de ciment et peints à l'huile sur toute leur hauteur. Les murs des autres locaux, enduits de chaux, sont peints à l'huile à leur partie inférieure et à la colle à la partie supérieure.

Les cellules possèdent de solides doubles portes avec serrure à bascule.

Les *fenêtres* sont construites sur le modèle de celles de la clinique de Strasbourg : elles se composent d'un châssis de fer forgé encadrant des carreaux de 15 à 20 millimètres d'épaisseur; leur partie

supérieure peut être soulevée à l'aide d'un contre-poids manœuvré de la salle de réunion. Les autres fenêtres ont des grilles.

Deux infirmiers assurent le service. L'un d'eux couche dans la chambre d'observation, l'autre dans cette chambre ou dans la salle de réunion.

E. — *Bâtiments des services économiques* (E). — Situé au milieu du terrain d'assiette, d'un accès facile de tous côtés, ce bâtiment a la forme d'un T renversé, dont la partie horizontale, antérieure, a trois étages, et la partie verticale, postérieure, perpendiculaire à la première, possède deux étages. Dans le *sous-sol* se trouvent une salle de désinfection, un calorifère, etc.

Le rez-de-chaussée (4 mètres de hauteur) du bâtiment central a trois entrées : il renferme les salles de distribution (une par sexe), la salle d'épluchage des légumes (36 mètres carrés), les closets, le cabinet de l'inspecteur des services économiques. Le rez-de-chaussée du bâtiment postérieur (4 m. 50 c. de hauteur) renferme la cuisine. — Au premier étage des deux bâtiments : logements du personnel, magasins, etc.

F. *L'amphithéâtre* (A), relégué à l'extrémité du terrain, se compose d'un *sous-sol* pour la salle des morts et le dépôt des bières, et d'un *rez-de-chaussée* avec une *salle d'autopsie* très bien éclairée, une chapelle et une chambre pour le garçon d'amphithéâtre.

Chauffage et ventilation. — Tout l'établissement, sauf l'amphithéâtre et les logements des employés, est chauffé par un procédé mixte (chauffage à la vapeur et chauffage à l'air). Les appareils de ventilation sont, dans chaque chambre, aisément ouverts, fermés et réglés.

Dans tout l'établissement, on a installé de *nombreux postes d'incendie*, composés d'une lance et d'un tuyau de toile contenus dans une sorte d'armoire vitrée. En cas d'alarme, la vitre peut être brisée et l'appareil est prêt à fonctionner. Ajoutons que, en prévision des incendies, les *escaliers* sont en fonte ou en granit et non, comme dans certains asiles, en bois. Enfin, dans la loge du concierge, on a placé un *avertisseur* qui met en communication la clinique avec le poste central de pompiers de la ville. — Le *système du tout à l'égout* à été appliqué à la clinique de Halle. Les appareils des water-closets sont manœuvrés à la main. — Chaque pavillon possède son *vestiaire*.

Le *personnel médical* de la clinique est ainsi composé : le directeur-médecin en chef, professeur Hitzig ; deux médecins (*Oberarzt*), deux assistants, un médecin volontaire. — Le professeur fait deux leçons par semaine, à 2 h. 30 et à 4 heures. — En 1896, le nombre des malades traités, soit à la consultation externe, soit à la clinique, s'est élevé à 700.

Le *personnel de surveillance* comprend 9 infirmières et une sur-

veillante en chef pour 56 malades femmes. Mêmes chiffres pour la division des hommes. — Les *appointements* des infirmières varient de 225 et 562 francs par an. Celui de la surveillante est de 750 francs.

Le service de *veille* est ainsi organisé : un veilleur général, plus des veilleurs spécialement attachés aux pavillons; ces derniers sont de service, les uns de 9 heures du soir à 1 heure du matin, les autres de 1 heure à 5 heures. Il est accordé aux agents du personnel de surveillance quatre sorties par mois, dont deux *grandes* sorties.

M. Hitzig est partisan du *traitement des psychoses aiguës par le lit :* aussi les salles du pavillon de traitement ont-elles été spécialement aménagées dans ce but. Les lits sont munis à la tête et aux pieds d'une tablette verticale, en substance mauvaise conductrice de la chaleur (xylolithe), en vue de diminuer les pertes de calorique. Le sommier est de l'espèce dite « cotte de mailles ». Le quart supérieur, correspondant à la tête, est mobile et peut être relevé plus ou moins, formant ainsi un dossier à inclinaison variable grâce auquel le malade peut, sans fatigue, rester assis à moitié dans son lit. Cette disposition ingénieuse mériterait d'être imitée : elle facilite la pratique du traitement par le lit en permettant au patient de varier sa position et de garder la position assise sans aucune fatigue. Le prix de revient de ces lits, en fer, est de 44 francs. Ce n'est pas tout. En vue toujours de faciliter le traitement par le lit, M. Hitzig se sert d'une *table* spécialement construite dans le but de permettre au malade de prendre commodément ses repas au lit. Cette table a la forme suivante : La partie horizontale inférieure étant placée sous le lit, la partie horizontale supérieure se trouve au-dessus du plan du lit et les aliments peuvent y être déposés sans crainte de salir les draps. (Prix de revient de cette table, 6 fr. 25 c.)

Dans la salle de surveillance est placée une *chaise percée* dont l'usage est aussi indiqué pour des malades maintenus au lit. Notons encore un aménagement spécial qui a son utilité : dans la salle se trouvent un certain nombre de *paravents* qui servent à pratiquer l'*isolement optique*, à soustraire à la vue des autres patients les cancéreux, les moribonds, les malades qui ont besoin d'examens spéciaux (organes génitaux). Les *tables de nuit* sont à rebords et à tiroirs métalliques. Près des lits sont placés des *porte-serviettes.*

Nous avons eu la bonne fortune, lors de notre visite à Halle, de rencontrer M. le professeur Ed. Hitzig. Les mémorables découvertes de ce savant, ont renouvelé, on le sait, la physiologie et la pathologie du cerveau. Il suffit de rappeler les résultats retentissants auxquels est arrivé Hitzig, avec Fristch, en électrisant le cerveau. Il a démontré, contrairement à l'opinion alors régnante,

que le cerveau était *excitable* par les courants électriques dans une zone déterminée, que l'écorce cérébrale se composait de *centres circonscrits* possédant des fonctions différentes. La doctrine des localisations cérébrales, dont Broca avait jeté les bases au point de vue anatomo-clinique, recevait de la physiologie expérimentale une éclatante confirmation. En 1874, Hitzig pouvait écrire « qu'une portion considérable des masses nerveuses constituant les hémisphères cérébraux — on peut presque dire leur moitié — est en rapport immédiat avec les mouvements musculaires, tandis que l'autre portion n'a évidemment rien à faire, au moins directement, avec ceux-ci ». En outre de ces travaux sur la localisation des fonctions motrices (1870-1874-1881—) il faut citer les recherches de M. Hitzig sur les *sphères visuelle et auditive de l'écorce cérébrale* (1874-1883-1889). En 1874, Hitzig fait remarquer qu'après une lésion du lobe occipital, l'œil du côté opposé est frappé de cécité. Cette deuxième découverte de Hitzig est, déclare M. Soury, une des grandes découvertes de ce siècle [1].

En 1874 et 1884, M. Hitzig a *localisé dans le cerveau frontal* les organes particuliers de la pensée abstraite, se basant, sur l'anatomie comparée et *à priori*, sur l'invraisemblance qu'il y aurait à attribuer des fonctions aussi simples que celles des mouvements de la colonne vertébrale à l'énorme masse de substance cérébrale qui constitue les lobes frontaux de l'homme. Expérimentalement, il insiste sur la déchéance intellectuelle qui suit l'ablation des deux lobes frontaux.

Dans ces dernières années, le professeur Ed. Hitzig a fait paraître une importante monographie sur la folie des persécutés-persécuteurs, sur la place qu'il convient d'affecter à cette psychose dans le cadre neurologique et sur l'examen des questions médico-légales qu'elle soulève [2]. M. Hitzig considère la folie des quérulants comme une forme du délire systématisé chronique, caractérisée par une altération générale de la personnalité psychique, avec prédominance des troubles de l'intelligence, ceux-ci étant eux-mêmes plus spécialement localisés à certaines fonctions. Il y a d'une part élaboration de conceptions maladives, délirantes, et d'autre part absence des représentations et des associations psychiques normales : il s'agit en un mot d'un état de faiblesse mentale qui ne permet pas de rectifier les conceptions délirantes. Cet état de débilité psychique, dont le degré est très variable, doit vraisemblablement être rattaché à des modifications histologiques du cerveau.

[1] Hitzig. *Untersuchungen über das Gehirn*. Berlin, 1874. Cité par Soury, *Les fonctions du cerveau*, p. 10, 36.

[2] Hitzig. *Ueber den Quärulantenwahnsiun, Seine nosologische Stellung, und seine forensische Bedeutung*. Leipzig, 1895.

M. Hitzig, en outre du traitement au lit, se loue de l'emploi chez les mélancoliques de l'extrait thébaïque par la bouche, à la dose de 0,10 à 0,30 centigrammes par jour. Les malades sont alimentés à la sonde deux ou trois fois par jour et pesés chaque semaine : on peut ainsi suivre de près les modifications de l'état général. Dans la mélancolie circulaire, le professeur M. Halle a recours parfois aux injections sous-cutanées de sulfate d'atropine (0,0003 à 1 milligramme). Le trional (1, 2 gr.), le chlorhydrate d'hyoscine sont préférés au chloral. Dans l'hystérie, la neurasthénie, M. Hitzig applique le traitement de Weir-Mitchell : faradisation — repos au lit — suralimentation — massage de vingt minutes deux fois par jour. Dans la neurasthénie, il a aussi recours parfois aux frictions avec le drap mouillé, aux bains froids (18°-20°-25°) de 1 à 3 minutes de durée, la tête étant plongée sous l'eau le plus longtemps possible. Les cas d'hystérie, de neurasthénie sont assez fréquemment observés à la clinique, le professeur Hitzig étant habituellement désigné comme expert par les tribunaux prussiens dans les questions de névrose traumatique.

Le service d'électrothérapie est installé d'une façon très complète.

M. Hitzig nous fait remarquer que les pavillons d'isolement, construits pour 5 malades chacun, sont insuffisants. Ils contiennent en réalité de 10 à 12 malades chaque pour une population totale de 120 sujets. Dans certaines cellules on a installé une sorte de chaise percée fixée solidement au mur et aménagée spécialement en vue d'empêcher les agités de manger leurs excréments. Les matières fécales glissent sur une glace inclinée et vont tomber dans un réservoir contenant une solution de créoline où le malade ne peut aller les chercher. Le réservoir est régulièrement vidé.

Pour les femmes agitées on n'emploie pas le maillot, mais une robe en coutil solide. Une partie de la vaisselle destinée aux agités (gobelets, etc) est en aluminium ; le prix de revient en est peu élevé.

M. Hitzig a organisé à la clinique de psychiatrie une *école d'infirmiers et d'infirmières;* mais une école moins théorique que pratique. M. Hitzig a pour principe de n'admettre aucun infirmier qui ait été employé antérieurement dans un hôpital ou un asile. Il entend former lui-même son personnel. C'est dans le pavillon de traitement que les infirmiers nouvellement admis apprennent sous la direction des médecins, des surveillants et des autres infirmiers les soins à donner aux malades, la petite chirurgie, la façon de se conduire avec les aliénés ; ils font connaissance dans ce pavillon avec les formes les plus graves des maladies mentales.

Un appareil ingénieux, dû à M. Hitzig, est employé à la clinique pour l'examen du sens de la pesanteur (tabès, etc.). Cet appareil,

le *Kinésiesthésiomètre* [1], se compose essentiellement de petites sphères en bois au nombre de 16, analogues à des billes de billard, contenant à l'intérieur une quantité de plomb variable pour chacune d'elles (50 à 900 gr.) sans que leur apparence extérieure cesse d'être pour toutes identique. On les place dans la main du malade dont on veut examiner l'appréciation des variations de poids : pour les membres inférieurs, on adapte à une chaussette un petit sac dans lequel on dépose les sphères. D'après les recherches de E. H. Weber, au membre supérieur, on apprécie des différences de poids de 1/40 ; Ferrier obtient la proportion de 1/17. Mendel admet qu'en général les extrémités supérieures différencient 10 grammes et les inférieures 60 grammes. D'après Bildermann et Lövit, avec un poids de 250 grammes, on apprécie des différences de 1/21. L'appréciation de la pesanteur s'accroît jusqu'à 1/114, avec l'augmentation du poids, pour diminuer ensuite. Les extrémités inférieures fournissent des renseignements beaucoup plus imparfaits que les membres supérieurs. D'après Chavet, on apprécie aussi bien une augmentation de poids de 1 gr. aux membres supérieurs qu'une augmentation de 30 à 40 gr. aux membres inférieurs.

Nous empruntons à un travail récent de MM. E. et Ed. Hitzig quelques renseignements sur le *régime alimentaire* des malades de la Clinique de Halle. Ceux-ci sont groupés en trois catégories, suivant le taux de la journée d'entretien.

Première classe : 1° Par jour : 375 gr. de pain ; 50 gr. de beurre ;

2° Le matin : café, thé ou cacao, sucre, pain blanc ;

3° A midi : soupe, viande bouillie ou étuvée avec légumes ou sauce et pommes de terre, — ou bien boulettes de viandes avec fruits cuits, fricassée, poisson, etc., avec pommesde terre.

Une viande rôtie avec pommes de terre, de la compote, de la salade ou pâtisserie ;

4° L'après-midi : café, thé ou cacao, sucre ;

5° Le soir : viande rôtie avec pommes de terre et légumes, ou bien une soupe, une bouteille de bière ou du thé (avec sucre, beurre et lait) et viande froide, ou encore des œufs différemment préparés avec salade, fruits, etc.

Les médecins ont le menu des malades de première classe, mais en outre ils font un second déjeuner composé de 20 gr. de beurre et de viande froide ou d'un mets analogue.

Deuxième classe : 1° et 2° Comme la première classe ;

3° A midi : menu analogue à celui de la première classe, sauf suppression d'un plat de viande et du dessert. Le service de la

[1] V. Goldscheider. *Diagnostik der Krankheiten des Nervensystems.* Berlin, 1897.

deuxième classe est identique à celui de la première (abstraction faite du dessert), le dimanche et les jours de grande fête;

4° et 5° Comme la première classe.

Troisième classe : 1° Par jour : 375 gr. de pain et 35 gr. de beurre

2° Le matin : café au lait et pain blanc;

3° A midi : légumes, avec ou sans pommes de terre, et viande bouillie ou étuvée — ou bien saucisses ou poisson. — Les dimanches et jours de fête : soupe, viande rôtie avec pommes de terre, salade ou compote;

4° L'après-midi : café au lait;

5° Le soir : soupe ou œufs avec ou sans salade, ou bien pommes de terre avec hareng et beurre.

Les infirmiers ont le menu de la troisième classe, et reçoivent en outre par jour : 20 gr. de sucre; le soir : fromage, saucissons, hareng, etc.

Le prix d'entretien au point de vue de l'alimentation revient ainsi en chiffres ronds à :

Pour les médecins : 2,04 marks par jour; 746 marks par an [1].

Pour les malades de la première classe : 1,74 mark par jour; 637 marks par an.

Pour les malades de la deuxième classe : 1,47 mark par jour; 540 marks par an.

Pour le personnel : 0,72 par jour : 265 marks par an.

Pour les malades de la troisième classe : 0,61 mark par jour; 224 marks par an.

Voici le menu du dîner et du souper de la troisième classe pour la seconde semaine de septembre :

Le 9, dimanche, à midi : soupe au vermicelle, rôti de veau, pommes de terre et salade. — Le soir, des œufs.

Le 10, à midi : soupe au riz et au lait, saucisse. — Le soir : soupe aux pois et pain blanc.

Le 11, à midi : soupe aux pois frais, pommes de terre et bouilli. — Le soir : soupe à la semoule, beurre.

Le 12 à midi : salade et pommes de terre et viande de porc. — Le soir : soupe d'orge et prunes.

Le 13, à midi : soupe aux lentilles, pommes de terre et lard. — Le soir : soupe au lait battu.

Le 14, à midi : viande de bœuf, choux-rave et pommes de terre. — Le soir : soupe au riz, beurre.

Le 15, à midi : viande de mouton, haricots blancs, pommes de terre. — Le soir : hareng et pommes de terre.

Le menu varie chaque semaine.

Les auteurs ont calculé que les malades de troisième classe recevaient par jour 128,85 grammes, d'albumine, 85,62 grammes

[1] Le mark vaut 1 fr. 25.

de graisse, 425,01 grammes d'hydrates de carbone; c'est-à-dire 29,5 grammes en plus de graisse et seulement 10 grammes d'albumine et 75 grammes d'hydrates de carbone en moins que Voit n'en réclame pour un ouvrier du poids de 70 kgr., et se livrant à un travail qui n'exige pas de fatigues exagérées. Les recherches faites par les auteurs leur ont prouvé que ce régime était amplement suffisant [1].

En 1898, la situation de la clinique était la suivante :

Population : 123 malades (63 hommes, 60 femmes) ;

Personnel médical : le Directeur professeur Hitzig, un médecin assistant ayant le titre d'*Oberarzt* et le grade universitaire de *Privat docent*, un second médecin assistant chargé de la Policlinique, trois autres assistants et un médecin stagiaire (*Volontärarzt*).

Le « mouvement » de la population avait été, pour l'année 1897, de : *Entrées :* 695 malades (395 hommes, 300 femmes). — *Sujets traités :* 810 malades (461 hommes, 349 femmes). — *Sorties :* 651 malades (368 hommes, 283 femmes). — *Décès :* 36 (30 hommes, 6 femmes).

Université de Bonn (Province Rhénane).

(*Faculté de médecine :* 11 Professeurs ordinaires ; 12 Professeurs extraordinaires ; 11 Privat-docenten ; 400 étudiants.)

La création d'une clinique psychiatrique universitaire remonte à l'année 1882. Cette clinique a été installée à l'asile provincial de Bonn (*Rheinische Provinzial-Irren-Heil-und Pflege-Anstalt*).

Le professeur de psychiatrie, le Dr Pelman, est en même temps directeur médecin en chef de l'asile. La population normale de l'établissement, ouvert en 1882, est de 600 malades Population réelle (1er janvier 1890), 507 (232 hommes, 275 femmes). — Nombre des admissions (année 1889) : 313.

Le personnel médical se compose, outre le professeur, d'un médecin chef de service (*Oberarzt*), d'un médecin assistant qui est *Privat-docent* et de trois assistants.

Population (1er janvier 1898) : 601 malades (266 hommes, 335 femmes). — *Nombre des admissions* (1897) : 453 malades (221 hommes, 232 femmes).

[1] E. et Ed. Hitzig. *L'alimentation des malades et du personnel de la Clinique de psychiatrie et de médecine nerveuse de l'Université de Halle-Wittenberg. Ce qu'elle coûte.* Iéna, Fischer, 1897.

Analysé in *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*. 1897, p. 350.

Université de Königsberg (Prusse).

(*Faculté de médecine :* 8 Professeurs ordinaires ; 10 Professeurs extraordinaires ; 15 Privat-docenten ; 230 étudiants.)

Le quartier d'hospice de l'hôpital municipal de Königsberg (*Städtische Kranken-Anstalt*) sert, depuis octobre 1892, de clinique psychiatrique universitaire ; mais des conférences de psychiatrie clinique y furent données dès 1879. Un pavillon d'agités y a été construit en 1879. Un agrandissement de la clinique est projeté.

Le nombre des malades (fin 1893) s'élevait à 35, non compris les cas de délire alcoolique.

Nombre des admissions (année 1893)	217
— des guérisons	74
— des décès	17
— des améliorations	46

Sur 217 malades admis, 129 sont présumés curables. Le nombre des *guérisons* à la clinique de Königsberg s'est élevé à 61 p. 100 des cas traités, d'après une statistique portant sur 1.910 aliénés admis à la clinique de 1880 à 1892.

Le professeur F. Meschede, directeur de la clinique psychiatrique, est secondé par deux médecins assistants.

Population (1er janvier 1898) : 31 malades (15 hommes, 16 femmes). — *Nombre des admissions* (1897) : 197 malades (110 hommes, 87 femmes).

Le nombre des entrées a notablement augmenté dans ces dernières années : il est en moyenne de 200 par an, sans compter 100 à 120 cas de délire alcoolique.

Université de Munich (Bavière).

(*Faculté de médecine :* 13 Professeurs ordinaires ; 12 Professeurs extraordinaires ; 24 Privat-docenten ; 1.422 étudiants.)

La clinique psychiatrique de l'Université a été fondée en 1861. Elle ne constitue pas un établissement universitaire spécial, mais se confond avec l'asile provincial de Munich (*Kreis-Irren-Anstalt*) ouvert en 1859, et successivement agrandi en 1874 et en 1877.

La *population* était, le 1er janvier 1892, de 576 malades ainsi répartis : pensionnaires de 1re classe, 24 ; pensionnaires de 2e classe, 90 ; aliénés du régime commun, 462. — Le *nombre des admissions* a été, en 1891, de 270 (155 hommes, 115 femmes). — Les *sorties* ont atteint le chiffre de 292, dont 77 décès et 85 trans-

ferts. La proportion des cas de délire alcoolique ne s'élève qu'à 2,2 p. 100 des admissions. Le prix de journée des aliénés du régime commun est de 1 fr. 37 c.

Nous n'insisterons pas sur la constitution matérielle de l'asile, qui n'a pas été construit en vue de servir spécialement à l'enseignement clinique. Son plan rappelle d'ailleurs celui de tous les asiles élevés, il y a une quarantaine d'années, dans l'Europe centrale : constructions monumentales (genre caserne), bâtiments étroitement réunis entre eux, vaste bâtiment d'administration à deux étages, avec deux ailes, sur le même plan ; celles-ci possèdent un premier étage et servent de quartiers pour les tranquilles. Système du *corridor :* larges couloirs pouvant servir de salles de réunion, sur lesquels ouvrent les portes de petits dortoirs (de 3 à 4 lits, parfois de 12).

Pas de *bains* centraux. Chaque quartier possède une salle de bains avec deux baignoires et une balance.

Escaliers en granit. — Chaises percées à fermeture hermétique dans chaque dortoir. — Chauffage central.

Cellules. — Fenêtres : les unes hors de la portée des malades, les autres munies de vitres incassables. Les murs sont peints à l'huile. Dans certaines cellules, lit massif, scellé dans le parquet ; dans d'autres, les malades couchent sur un matelas. Nous avons remarqué l'emploi de vases de nuit en « papier mâché », sorte de carton assez résistant. Une des chambres d'isolement possède un siège très solide sous lequel est placé un seau destiné à recevoir les matières fécales. Ce seau peut être vidé du dehors, par une ouverture *ad hoc*. Dans d'autres, se trouvent des chaises percées.

Dans les quartiers d'agités, bancs et tables massifs, fenêtres à vitres incassables.

Chaque dortoir possède une chaise percée à fermeture hermétique : les malades ne doivent pas se rendre au cabinet la nuit. Il y a également dans chaque dortoir des porte-manteaux qu'on enlève, une fois les malades couchés, dans les quartiers d'agités.

Couchage des gâteux : leur matelas est segmenté en trois parties. La partie médiane, correspondant au siège, est recouverte d'une toile imperméable. Les paralytiques reposent sur un coussin à air, soit au lit, soit dans un fauteuil.

Les *jardins* des malades tranquilles sont vastes, dessinés avec goût : rien qui ressemble à l'odieux préau quasi pénitentiaire de tant d'asiles.

Régime alimentaire. — Nous ne parlerons que du régime des aliénés indigents.

Pain : 500 grammes (hommes) ; 400 grammes (femmes).

Déjeuner : café au lait (3/8 de litre) correspondant à café en grains : 8 grammes ; lait : 250 grammes ; sucre : 10 grammes.

Un petit pain de 85 grammes.

Déjeuner à la fourchette. — Soupe : 500 grammes (bouillon au riz, sagou, lentilles, nouilles, etc.).

Viande de bœuf bouilli : 200 grammes (la ration de viande est pesée crue et sans os).

Légumes variés suivant la saison (carottes, navets, choux blancs ou rouges, pommes de terre, petits pois, choucroute).

Goûter (sur ordonnance médicale). — Café au lait : 3/8 de litre, ou bière.

Dîner. — Soupe au pain, semoule, etc.: 500 grammes.

Deux saucisses de 80 grammes, — ou 100 grammes de charcuterie (saucisson, etc.); — ou 200 grammes de rôti de veau avec salade, — ou 190 grammes de porc fumé, — ou purées diverses.

Le dimanche, il y a des suppléments.

Boisson : environ 1 litre et demi de bière par jour, sauf pour les alcooliques soumis, depuis 1890, à l'abstinence totale.

Personnel médical. — Le professeur de psychiatrie, Dr Grashey, est directeur médecin en chef de l'asile (1894). Il est secondé par un nombre suffisant de médecins, ayant chacun une tâche bien définie et constituant ainsi des collaborateurs effectifs. Le médecin en second est spécialement chargé d'une des deux divisions de l'asile, le professeur se réservant l'autre. Il y a, en outre, 4 médecins assistants et 1 assistant volontaire. Les deux divisions étant segmentées chacune en deux sections, chaque assistant se trouve ainsi à la tête d'une section de 120 à 170 malades. Les assistants sont chargés en outre des rapports médico-légaux, de la correspondance avec les familles. Ils sont logés, nourris, etc. Leur traitement varie, suivant leur ancienneté, de 1.250 à 1.825 francs.

Le directeur-médecin en chef fait sa visite *seul*, à 7 h. 30 du soir, chaque jour alternativement dans une des deux divisions; — le médecin en second visite la division dont il est chargé, — les assistants font leur visite le matin avant 10 heures. De 10 heures à 12 heures, rapport dans le cabinet du directeur médecin en chef. Le soir, vers 4 ou 5 heures, contre-visite des assistants.

Le nombre des infirmiers est de 45 ; celui des infirmières de 50.

Le professeur fait, chaque semaine, deux conférences cliniques à l'asile (de 4 à 6 heures), et deux leçons théoriques à l'université (de 5 à 6 heures).

Nous avons assisté à une leçon clinique. Une centaine d'étudiants sont réunis dans la salle des Fêtes de l'asile qui sert aussi de salle des cours. Ils se lèvent à l'entrée du professeur Grashey. Ce dernier est accompagné d'un malade; il appelle de suite un étudiant qui vient s'installer en face du sujet et commence l'interrogatoire. Lorsque l'élève a terminé, le professeur reprend l'examen clinique, et le fait durer fort longtemps, ne négligeant aucun détail sur les antécédents personnels et héréditaires. Il

s'agit d'un buveur de *schnaps* qui a eu un accès épileptique avec amnésie complète ayant duré 14 jours. L'écriture est examinée : elle est normale, malgré un léger tremblement des doigts. Une fois l'interrogatoire du patient terminé, celui-ci quitte la salle et le professeur lit ensuite l'observation. Puis il interroge l'élève sur l'épilepsie en général. M. Grashey admet l'existence de l'épilepsie alcoolique, considère les équivalents psychiques comme plus fréquents dans l'épilepsie tardive, discute minutieusement les particularités du cas, formule le traitement : abstinence complète et travail.

Le professeur Grashey n'est point partisan de l'isolement prolongé en cellule, en raison des habitudes de malpropreté que les malades y contractent. Il applique le non-restreint, et emploie chez les agités le maillot ordinaire avec, comme mode de fermeture, un bouton spécial, dit bouton de Munich[1]. M. Grashey raconte avoir observé un cas de paralysie radiale chez un malade camisolé dont on avait immobilisé les bras par un lien supplémentaire. Les aliénés qui ont des tendances à l'auto-mutilation ont des gants de cuir épais. Le *traitement par le lit* est employé dans certains cas, chez les mélancoliques. L'alimentation artificielle est toujours pratiquée deux fois par jour : la quantité de liquide ingéré chaque fois est de 500 grammes (lait, huile de foie de morue, œufs, cognac, vin rouge). Pour s'assurer que la sonde est bien dans l'estomac, on presse une poire en caoutchouc adaptée au pavillon de la sonde, pendant que l'oreille est appliquée au niveau de l'estomac. Un thermomètre est plongé dans le liquide dont la température doit se rapprocher de celle du corps.

Population le 1er janvier 1898 : 530 malades (253 hommes, 285 femmes).

[1] Ce bouton, dû au Dr Hörmann (1889), est en laiton nickelé, son diamètre est de 25 millimètres, son poids de 39 grammes. Il est surmonté de deux parties, dont l'une est surmontée d'une tige de 5 millimètres de diamètre et de 16 à 22 millimètres de hauteur (suivant l'épaisseur du maillot), et dont l'autre présente un orifice destiné à recevoir l'extrémité de cette tige. La partie supérieure du bouton renferme un ressort dont l'action sur la tige de la partie inférieure détermine l'union des deux segments. Les maillots n'ont pas besoin d'autre disposition préalable que d'être munis de deux boutonnières superposables à travers lesquelles on passe la tige dont la partie inférieure du bouton est munie. Pour fermer, on n'a pas à se servir de clef. Il suffit d'appliquer sur la tige qui fait saillie hors des boutonnières, la partie supérieure du bouton. La fermeture se fait automatiquement, aussi facilement qu'on met un bouton de manchette. Pour enlever le bouton, on introduit dans deux orifices que présente la partie supérieure du bouton les deux pointes d'une clef spéciale : on fait cesser ainsi l'action du ressort, et les deux parties du bouton se séparent. (Dr O. Snell. *Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie.* 1891, fasc. 1.)

Nombre des admissions en 1897 : **224 malades** (**124 hommes**, 100 femmes).

Actuellement (1899) le professeur de psychiatrie est le Dr A. Bumm. Il est secondé par un médecin chef de service (*Oberarzt*) et cinq médecins assistants. (*A suivre.*)

PSYCHOLOGIE.

Sur les phénomènes dits hallucinations psychiques ;

Par le Dr J. SÉGLAS,
Médecin de Bicêtre.

(Résumé analytique d'une communication faite au *Congrès international de psychologie*, 1900.)

Les divergences d'opinion, qui se sont manifestées jusqu'à ce jour à propos des phénomènes décrits par Baillarger sous le nom d'hallucinations psychiques, tiennent à des causes multiples : (*a*) générales : insuffisance de nos connaissances anatomo-physiologiques, complexité et subjectivité du symptôme ; ou (*b*) spéciales : disparité des phénomènes multiples englobés sous ce vocable, confusion résultant du mémoire même de Baillarger.

En effet après avoir indiqué d'après les mystiques la division des fausses perceptions en intellectuelles et corporelles (hallucinations psychiques et psycho-sensorielles), et signalé d'après eux, *en quelques lignes*, qu'il y a des visions, des locutions, des odeurs et des goûts « qui tantôt n'affectent que l'âme et tantôt arrivent aux organes des sens », Baillarger consacre *tout son mémoire* (observations et discussions) *à l'étude exclusive* des « locutions intellectuelles » (voix intérieures, épigastriques, etc...).

De là, suivant les auteurs, l'acception différente, rarement générale, le plus ordinairement restreinte, du terme hallucinations psychiques et les divergences d'opinion sur la nature de ces phénomènes.

En réalité, il ne peut y avoir une interprétation unique de l'hallucination psychique ; car, sous ce terme se trouvent englobés des phénomènes de mécanisme psychologique et de signification clinique différents, et qu'il importe tout d'abord de distinguer.

Le groupement qui nous paraît le meilleur est celui qui s'applique à l'hallucination vraie. Nous distinguons ainsi les hallucinations psychiques en deux grandes classes, suivant qu'elles se rapportent à des objets ou personnes, ou suivant qu'elles revêtent un caractère verbal.

1° Les premières (visions, bruits, goûts, odeurs spirituels des auteurs mystiques) sont des phénomènes intermédiaires à l'idée et à l'hallucination vraie, des représentations mentales vives, animées, précises, mais *dépourvues du caractère d'extériorité* qui fait l'hallucination vraie ; ce sont, en un mot, des *pseudo-hallucinations* dans le sens de Kandinsky.

2° Les secondes (locutions intellectuelles, voix intérieures, épigastriques) se subdivisent en deux catégories principales.

a) La première de ces catégories est celle des *hallucinations verbales motrices*. Elles comportent plusieurs variétés d'après leur intensité (hallucinations verbales kinesthétiques simples ou motrices vraies, c'est-à-dire avec exécution plus ou moins parfaite des mouvements d'articulation correspondants) ; ou encore d'après leur complexité. En effet, malgré la part prépondérante qui revient à l'intervention du centre moteur d'articulation, ces hallucinations ne sont pas *uniquement* une « épilepsie du centre de Broca » pas plus que l'hallucination sensorielle n'est *uniquement* « une épilepsie des centres sensoriels ». Sans doute, ainsi que l'a fort bien montré Tamburini, l'excitation de tel ou tel centre de l'écorce est une condition nécessaire de toute hallucination ; mais elle n'en est pas la condition *à la fois nécessaire et suffisante*. D'autres facteurs entrent en jeu, qui font de l'hallucination un phénomène psychologique très complexe, un véritable délire dans le sens le plus général du mot ; et les images précises, complexes, intelligentes de l'hallucination ne semblent guère être absolument comparables aux mouvements convulsifs de l'épilepsie. Plus que d'autres, les hallucinations motrices sont de nature à prouver cette distinction. Il est hors de doute qu'elles sont sous la dépendance des centres moteurs de l'écorce. Mais la seule excitation, pure et simple, de ces centres ne pourrait expliquer la différence qui existe entre la représentation de mouvements déterminés, combinés, systématisés, de paroles articulées en rapport avec tel ou tel délire, constituant l'hallucination motrice et les décharges spasmodiques, convulsives, désordonnées de l'épilepsie.

Si l'on s'en tient au point de vue *clinique*, l'hallucination motrice verbale peut se présenter sous différents aspects, plus ou moins complexes. Parfois, l'image motrice verbale s'extériorise seule et semble en *apparence*, être seule intéressée (hallucination motrice pure).

D'autres fois, elle s'accompagne d'une autre image verbale, le

plus souvent auditive, mais non extériorisée (hallucination motrice mixte).

D'autres fois encore, cette seconde image s'extériorise elle aussi et devient hallucinatoire comme l'image motrice (hallucinations combinées).

Tous les phénomènes de cette première catégorie peuvent être considérés comme de véritables hallucinations. A part la note caractéristique due au rôle prépondérant du centre moteur, le mécanisme central est le même que dans l'hallucination sensorielle. De plus il y a extériorité. Sans doute l'image motrice hallucinatoire n'est pas localisée dans le monde extérieur ; sa nature même s'y oppose. Mais, qu'il y ait ou non mouvement concomitant, elle est du moins reportée excentriquement à la périphérie.

b) Dans une seconde catégorie, la voix intérieure ne présente plus ce caractère. Elle reste à l'état de représentation mentale vive, précise, sans aller jusqu'à l'hallucination vraie, sans s'extérioriser. On pourrait dire que c'est une *pseudo-hallucination verbale*. Cette « conversation mentale » ne diffère ainsi de la pensée ordinaire que par la netteté plus grande des images verbales intéressées. Aussi, celles-ci peuvent-elles être tout aussi bien auditives que motrices ou visuelles suivant le sujet et aussi suivant l'affection dont il est atteint. Toutefois, on est bien souvent autorisé à penser, sans pouvoir le démontrer d'une façon péremptoire, que la part principale revient à l'image motrice.

En résumé, le terme d'hallucination psychique qui, dans son acception la plus générale, désigne des phénomènes disparates, dont beaucoup ne sont pas des hallucinations, ne peut qu'entretenir des confusions regrettables et doit disparaître de la nomenclature psychiatrique.

REVUE D'ÉLECTROPHYSIOLOGIE ET D'ÉLECTROTHÉRAPIE.

I. Electrophysiologie.

La physiologie des muscles et des nerfs offre encore malgré les nombreux travaux qui ont déjà été publiés un large champ de recherches ainsi qu'on en pourra juger par ce qui a été fait dans le courant de cette année sur cette importante question.

Je citerai en premier lieu le travail de MM. Carvalho et Weiss sur la *force limite du muscle*. On sait combien les résultats obtenus par les divers chercheurs sur ce point sont variables. Weber a trouvé que le gastrocnémien de grenouille peut en se contractant soulever 692 grammes tandis que ces auteurs constatent qu'il est capable de mouvoir un poids égal à 50 fois celui de l'animal. Rosenthal et Gréhant pensent être arrivés à l'extrême limite quand le muscle ne soulève plus le poids tenseur que de 1/10 de millimètre. En réalité la force limite d'un muscle est sa charge de rupture, car celle-ci se produit avant que la contraction cesse de se faire. Pour trouver cette force limite MM. Carvarlho et Weiss laissent le muscle en place en conservant sa circulation. L'animal étant fixé à un myographe de Marey, un fil attaché au gastrocnémien passe sur une poulie et supporte le poids tenseur. Dès que celui-ci exerce sa traction on fait périodiquement une série d'excitations et, si le poids est bien choisi, la rupture se produit en 3 ou 4 secondes, le muscle répondant pendant ce temps par une contraction à chaque excitation. Quand le muscle est convenablement fixé la rupture se fait par le milieu des fibres musculaires. Des expériences sur les cobayes ont donné les mêmes résultats. Dans ces conditions le gastrocnémien d'une grenouille pesant 60 grammes soulevait un poids de 2.900 grammes, celui d'une autre de 99 grammes soulevait 3.500 grammes.

La hauteur du raccourcissement musculaire dépend de la forme de l'excitation et de sa localisation. Une secousse unique donne toujours un résultat plus faible qu'une secousse tétanique. La secousse est plus grande lorsqu'elle est volontaire ou quand elle porte sur la moelle que lorsqu'on la localise sur le nerf ou sur le muscle.

Arloing et Chantre ont étudié la *persistance de l'irritabilité musculaire dans le sphincter ani après la section des nerfs*.

L'influence de la section des nerfs sur le sphincter détermine des modifications curieuses. La contractilité volontaire du muscle est supprimée et cependant l'anus reste fermé ; il se dilate pour laisser passer les fèces chassées par les forces expulsives, puis revient sur lui-même par le fait de sa seule élasticité. Les contractions rythmiques signalées par Goltz et par Chauveau et les excitations réflexes sont supprimées. Mais les muscles conservent longtemps la propriété de réagir aux actions électriques médiates ; la contraction est seulement un peu moins vive et énergique que celle que provoque l'excitation directe du bout périphérique des nerfs fraîchement coupés. Le muscle répond également bien aux secousses isolées et aux secousses tétanisantes et son excitabilité persiste à peu près intacte un an après la destruction de l'influence directe du système nerveux. Enfin le muscle conserve ses caractères histologiques normaux ce qui tient peut-être aux rapports intimes

qu'il a avec la tunique musculeuse de l'intestin ; mais les auteurs ne s'en sont pour le moment pas assurés.

V. Capriati, aide à la Clinique pychiatrique de Naples a étudié l'*influence de l'électricité sur la force musculaire*. Les recherches qu'il publie ont trait à l'action du courant voltaïque et de l'électrisation statique. Elles ont été faites sur des personnes saines, infirmiers ou médecins de la Clinique, jeunes hommes de vingt-quatre à trente-sept ans. Pour les applications voltaïques il a employé de larges électrodes 20×15 courant stable, ascendant dans quelques expériences, descendant dans d'autres ; l'intensité variait de dix à quinze mA la durée invariable des applications fut de dix minutes. La fermeture et l'ouverture du courant a toujours été lente et insensible. Pour l'électrisation statique il a employé une machine Wimshurst à 4 plateaux de 70 centimètres de diamètre. Séances de dix minutes. Pour évaluer la force musculaire il a employé l'*ergographe* de Mosso, les épreuves étant faites à la même heure, avec le même poids (4 kilogrammes) et le même rythme (une seconde). Le membre était fixé de manière à exclure le concours de muscles autres que ceux qui travaillaient lorsque ceux-ci commençaient à s'épuiser. Un écran placé entre le cylindre et le sujet en expérience empêchait celui-ci de suivre des yeux la courbe de son tracé.

A un intervalle variable de quelques jours l'expérimentateur prend quatre tracés de la fatigue à douze, treize, quatorze ou quinze heures. L'électricité est appliquée à des jours déterminés. Ce jour-là des quatre tracés le premier est pris une heure avant l'électrisation, des trois autres l'un immédiatement après l'électrisation, le second une heure et le troisième trois heures après celle-ci.

Les effets de l'électrisation ont été révélés par la comparaison du travail mécanique moyen correspondant au tracé pris après l'électrisation par rapport avec celui qui la précédait. En calculant ensuite la variation des tracés obtenus les jours où il n'y avait pas d'électrisation et en rapprochant les chiffres ainsi obtenus des précédents le sens de la variation est rendu plus manifeste.

Dans la première série d'expériences Capriati a employé la galvanisation de l'épine dorsale, dans la seconde la galvanisation d'un seul membre, dans la troisième le bain statique, tantôt positif, tantôt négatif. La conclusion assez importante qui découle de ces expériences c'est que l'électricité sous forme voltaïque ou statique convenablement appliquée sur l'homme donne naissance à une augmentation considérable et durable de la force musculaire.

Cette augmentation est-elle liée à l'état d'excitabilité des tissus situés sur les lignes de flux, à l'activité des oxydations ou à l'augmentation de la pression artérielle ? Est-ce une transformation directe de l'énergie électrique en énergie mécanique ? C'est ce que

l'auteur se propose d'étudier. Cependant on peut déjà affirmer que cette augmentation n'est pas en rapport avec l'état dit électrotonique puisqu'elle se produit avec d'autres modalités électriques que le courant voltaïque et reste indépendante du changement de sens du courant.

L'action des courants électriques sur le cœur a été étudiée par J. Froutowsky dans le laboratoire de Danilewsky à Karkoff, et par Arullani.

Le premier, à l'aide de méthodes très précises, a déterminé l'*action physiologique des chocs électriques très fréquents sur le cœur, les nerfs et les muscles*. La hauteur de la courbe de contraction tétanique augmente avec la fréquence de l'irritation électrique jusqu'à une certaine limite que l'auteur nomme : « seuil de dépression. » Au delà la contraction tétanique diminue et la courbe baisse. Ce phénomène avait déjà été établi par d'Arsonval. Mais l'auteur a pu démontrer qu'il se produit aussi bien avec le choc voltaïque fréquemment interrompu qu'avec les courants alternatifs. La fatigue de l'appareil neuro-musculaire abaisse le seuil de dépression qui remonte sous l'influence de l'élévation de température à 28 ou 38°. Le muscle normal ne diffère pas sous ce rapport du muscle curarisé. Le seuil de dépression varie suivant l'animal. Les nerfs sensitifs, les centres nerveux, le cœur possèdent chacun leur seuil de dépression. Celui du cœur s'exprime par son arrêt en diastole et dépend de l'intensité du courant. Pour le moment l'auteur ne pense pas qu'il s'agisse là d'un phénomène physique dépendant du fonctionnement des appareils excitateurs et il ne se prononce pas sur sa vraie nature.

Arullani a recherché si le courant faradique ou galvanique appliqué sur la région du cœur peut produire des modifications de la pression du sang et de la fréquence du pouls. Pour avoir des modifications appréciables il faut des courants intenses, quinze mA pour le courant voltaïque, 170 millièmes de volt pour le faradique. Seule la pression du sang varie, le pouls reste à peu près égal. L'augmentation de la pression sanguine est peu durable. On peut l'obtenir en appliquant le courant intense sur d'autres régions du corps. D'où la conclusion que quand la cage thoracique est intacte on ne peut exciter le cœur avec les courants ordinaires et que les effets qu'on obtient avec des courants beaucoup plus intenses sont dus aux réflexes douloureux que ceux-ci provoquent.

J.-L. Prevost a fait une longue étude sur les *trémulations fibrillaises du cœur électrisé*. De ses patientes recherches ressortent des faits importants : les trémulations fibrillaires que produit l'électrisation du cœur manquent chez les animaux à sang froid. Chez le chien elles sont ordinairement suivies de la paralysie définitive du cœur, sauf quelquefois chez les jeunes ou chez les adultes

auxquels on fait une injection de bromhydrate de conicine. Chez le rat il est impossible de produire des trémulations durables ; chez le lapin, le chat, le pigeon les résultats ont varié. Chez le cobaye le cœur entre en trémulation et est paralysé par l'électrisation à moins qu'on n'entretienne la vie par la respiration artificielle et le massage du cœur. Le rétablissement du cœur qui trémule se fait brusquement ; il est précédé d'un temps d'arrêt diastolique comparable à celui que provoque l'électrisation du nerf vague. Le cœur électrisé arrive à une accoutumance remarquable, surtout chez le cochon d'Inde car des électrisations successives provoquent des phases de trémulation de moins en moins durables ; mais cette accoutumance n'est que momentanée. La théorie de Kronecker, attribuant la trémulation des cœurs séparés du corps et privés de circulation à la contraction des coronaires, ne suffit pas à l'expliquer puisque les cœurs peuvent souvent reprendre leur rythme après avoir trémulé quand on les soumet à l'irrigation sanguine.

Hellwig a repris dans le laboratoire du professeur Bernstein à Halle les expériences de Mendelssohn sur le courant nerveux axial c'est-à-dire sur la différence de potentiel qu'on observe entre deux sections transversales du même nerf. Après avoir confirmé les résultats des recherches de ce dernier il cherche à les interpréter à l'aide des nouvelles données de la neurologie. Suivant lui, grâce à l'influence trophique des centres sur la fibre nerveuse, la désorganisation se fait plus rapidement dans le bout central que dans le bout périphérique et c'est là ce qui produirait la différence de potentiel et déterminerait la direction du courant axial. L'intensité de celui-ci est en rapport avec la longueur du nerf et présente une variation négative à la suite de son irritation.

Dans une communication un peu résumée Sarionoff publie les résultats d'expériences qu'il a entreprises sur l'*Evaluation galvanométrique des courants électriques qui se produisent dans les circonvolutions temporales à la suite de l'excitation périphérique de l'organe auditif*. Ces expériences ont été faites sur des chiens. Au moyen d'un galvanomètre Wiedemann-d'Arsonval il mesure la différence de potentiel électricque existant entre la surface des circonvolutions temporales et le fascia musculaire du pied du côté opposé. En excitant le nerf acoustique à l'aide d'un diapason, il a constaté que les courants de repos prennent toujours une direction descendante c'est-à-dire du cerveau vers le fascia où est la seconde électrode. Les courants d'action prennent une direction contraire dans le cas où l'électrode est appliquée sur le centre cortical présumé de l'organe excité. Dans le cas contraire le courant de repos est simplement renforcé. Il en déduit la réalité de la localisation de la fonction auditive dans les circonvolutions temporales et va même jusqu'à localiser les différents tons dans des régions

corticales strictement limitées. Ces résultats demandent à être contrôlés.

Meiromsky et Herrmann ont fait de nouvelles recherches sur l'*ondulation galvanique*. Kuhne dès 1860 avait constaté les ondulations que présente un muscle traversé suivant son axe longitudinal par un courant voltaïque intense ; il y voyait une conséquence particulière du phénomène de la cataphorèse tandis que Herrmann en fit une réaction physiologique. Meiromsky s'est attaché à déterminer les modifications que subit l'ondulation galvanique sous l'influence des différents agents et il a pu constater que tous les facteurs qui modifient l'irritabilité musculaire agissent sur l'intensité des ondulations galvaniques, d'où Herrmann conclut de nouveau que celles-ci sont inhérentes à la contractilité musculaire. et dépendent du degré d'excitabilité du muscle.

De ce travail on peut rapprocher la communication faite au dernier congrès de l'Afas par M. Mendelssohn sur les *Variations de l'état électrique des muscles chez l'homme sain et malade*. Partant de ce fait parfaitement démontré et admis par tous les physiologistes que la contraction d'un muscle est toujours accompagnée du dégagement d'un courant électrique décelable par le galvanomètre et des expériences de du Bois-Reymond, d'Hermann et de Moussous l'auteur a pu démontrer dès 1889 que dans les cas où l'impuissance motrice est accompagnée d'une atrophie musculaire on observe une diminution notable (une variation négative) de l'intensité du courant produit par le mouvement volontaire du bras et que l'intensité de la décharge décroît avec les progrès de cette atrophie musculaire au point qu'elle disparaît à peu près totalement lorsque les muscles sont réduits à tel point que le malade ne puisse plus exécuter aucun mouvement. Dans d'autres cas où la contracture naissante accuse un certain degré de l'hyperexcitabilité musculaire, on observe une augmentation du courant qui accompagne le mouvement du bras. Cette augmentation suit le développement de la contraction jusqu'à un certain degré à partir duquel l'intensité du courant après être restée stationnaire pendant quelque temps diminue pour disparaître enfin quand la contraction atteint son maximum et que tout mouvement devient par ce fait impossible.

La clinique lui a fourni depuis de nouveaux moyens de contrôler la part qui revient aux muscles dans la production de ces courants. Chez quelques malades atteints d'hyperhydrose unilatérale d'origine cérébro-spinale le mouvement du bras du côté affecté n'a pas accusé un courant sensiblement plus fort que celui du côté sain. bien qu'à l'état de repos on pût dériver de la surface cutanée du bras du côté malade un courant (glandulaire) bien plus fort que celui que fournissait le côté sain. Chez deux individus atteints d'ichthyose s'accompagnant d'une suppression totale de la sueur

du côté malade, la contraction du bras de ce côté provoquait un courant dont l'intensité ne différait pas sensiblement de celui du côté non atteint. D'autre part chez quelques paralytiques flasques, ayant des troubles vaso-moteurs très prononcés et une hypersécrétion sudorale très marquée, l'effort cérébral que le malade faisait pour exécuter un mouvement sans y aboutir, se traduisait au galvanomètre par quelques oscillations de l'aiguille à peine perceptibles et sans direction déterminée, tandis que l'hypersécrétion sudorale due à l'effort donnait au courant dérivé de la peau une intensité notable. Ces faits montrent donc que les phénomènes électromoteurs sont réellement dus à la contraction musculaire et que la sécrétion sudorale ne joue qu'un rôle tout à fait subalterne dont on peut ne pas tenir compte.

Dans la communication présente, M. Mendelssohn nous démontre qu'entre les phénomènes galvaniques et les phénomènes mécaniques de la contraction musculaire chez l'homme il existe un parallélisme complet.

Dans les paralysies simples sans troubles trophiques ou avec atrophie musculaire, la variation négative est toujours moindre que du côté sain et en rapport avec le degré de l'impuissance motrice. Dans la paralysie simple et la paralysie atrophique la variation négative s'établit rapidement mais elle dure plus longtemps dans la dernière que dans la première.

Dans la contracture les phénomènes électromoteurs varient suivant le degré et la période de celle-ci et sont toujours en rapport direct avec l'énergie et l'étendue du mouvement que le bras peut encore exécuter. Dans la contracture de l'hémiplégie organique la courbe de la variation négative se présente avec un double ou un triple sommet correspondant au tracé myographique et qui ne se rencontrent jamais dans la contracture hystérique. Il était intéressant aussi de rechercher quels résultats peut donner en clinique l'expérience d'Hermann sur la contraction provoquée artificiellement par le courant électrique. Le courant d'action qui se produit alors est diphasique avec une première phase descendante et une seconde ascendante. Dans les processus morbides ce courant d'action peut subir certaines modifications. Ainsi, dans un bras paralysé qui ne peut exécuter presque aucun mouvement volontaire mais dont les muscles ont conservé leur excitabilité électrique, le courant d'action se manifeste très évidemment avec ses deux phases.

Dans la paralysie compliquée d'atrophie musculaire avec affaiblissement de la contractilité et conservation de l'excitabilité électrique, le courant d'action diphasique est nettement accusé, un peu moindre que du côté sain, mais avec des phases plus prononcées, si bien qu'une diminution notable de la seconde phase du courant d'action dans un bras paralysé et en train de s'atrophier

peut être considérée comme un signe certain de l'envahissement du muscle par un processus de dégénérescence. Dans certains cas de paralysie atrophique dégénérative la seconde phase du courant d'action peut manquer totalement.

Dans la contracture à la seconde période le caractère diphasique du courant d'action est très net, ses deux phases sont toujours presque égales, quoique moins rapides que dans la première.

En somme il existe à l'état de santé comme à l'état de maladie un parallélisme complet entre les phénomènes galvaniques et les phénomènes mécaniques de l'activité musculaire.

On a donc tout intérêt en clinique à analyser les différentes manifestations de l'énergie potentielle (chaleur, travail, électricité) qui accompagnent l'activité de l'organisme et se modifient sous l'influence du processus morbide, car en enregistrant ainsi les transformations de l'énergie qui accompagnent les modifications des échanges on pourra obtenir des données qui permettront de suivre avec précision l'évolution du processus pathologique.

Les sensations provoquées par le courant voltaïque ont préoccupé Muller et Bordier.

Le premier dans son intéressant travail a déterminé les *sensations visuelles galvaniques*.

L'électrode indifférente étant fixée à la nuque, une électrode active spéciale est placée sur l'œil. Le courant ascendant exagère la perception du blanc et diminue celle du noir, il produit une sensation chromatique du bleu vers le rouge. Le courant descendant agit en sens inverse et la sensation chromatique va du jaune au vert. L'action du courant ascendant est plus énergique, l'éclair provoqué à sa fermeture donne la sensation de violet ; celui du courant descendant apparaît vert jaune.

Bordier a cherché à déterminer les zones à partir desquelles se produisent les *phénomènes gustatifs et salivaires déterminés par l'action du courant voltaïque*. Il place l'électrode indifférente sous la cuisse et promène un rouleau dans différentes directions verticalement de bas en haut de l'abdomen vers le cou.

Si on cherche le signe du pôle qui le premier développe les phénomènes gustatifs on trouve que c'est le négatif. Les nombres obtenus en cherchant la distance qui sépare le rouleau de la pomme d'Adam au moment de l'apparition du phénomène montrent qu'il commence à se manifester avant que le rouleau arrive soit sous le menton soit sur la face et apparaît quand celui-ci se trouve sur les pectoraux ou le trapèze. Ces zones s'étendent aussi en arrière de la tête sur les muscles du dos ou de la nuque.

Ces manifestations gustatives et salivaires à distance sont dues à l'excitation par les lignes de flux du courant des nerfs glosso-pharyngien, lingual, facial et grand sympathique. L'influence polaire est dissemblable en ce qui concerne la quantité de salive

sécrétée ; c'est le pôle positif qui donne la plus forte. Mais l'analogie de composition et de réaction de la salive sécrétée est complète pour les deux pôles. Le goût styptique particulier provoqué par l'excitation des filets nerveux gustatifs ne dépend donc que de cette excitation et point comme on serait tenté de le croire *a priori* d'une modification de la composition de la salive sécrétée. Il suffit pour provoquer le goût électrique d'une très faible excitation.

M. Leduc (professeur à l'École de médecine de Nantes) a étudié les *modifications de l'excitabilité des nerfs et des muscles par les courants continus*. Après avoir rappelé les études de Pflüger et celle de Erb et de Watteville, il a repris sur lui-même les expériences en employant la méthode monopolaire : électrode indifférente sur le sternum, électrode active sur le tronc nerveux ou le muscle. Les résultats sont d'ailleurs identiques dans les deux cas. Une bobine induite est placée dans le circuit d'une pile à courant continu. Le passage du courant inducteur se fait toutes les deux secondes pendant un instant suffisant pour provoquer une contraction complète.

Les six premières expériences démontrent que avec la cathode galvanique et la cathode faradique ou l'anode galvanique et l'anode faradique sur le nerf l'excitabilité est augmentée et elle l'est davantage dans le premier cas. Avec la cathode galvanique et l'anode faradique sur le nerf l'excitabilité est diminuée ; elle est totalement supprimée si c'est l'anode galvanique et la cathode faradique qui sont sur le nerf. Les 5e et 6e expériences dans lesquelles le courant modificateur est successivement établi puis supprimé confirment les résultats des quatre premières.

Les six expériences suivantes destinées à contrôler les effets secondaires attribués par certains auteurs à la polarisation du nerf et qui seraient de sens inverse aux précédents, montrent que ces effets consécutifs ne sont pas appréciables.

Du même auteur je dois citer un important travail sur la *galvanisation cérébrale* lu à la Société française d'électrothérapie et dont découlent des conclusions importantes ; le cerveau semble accessible au courant galvanique. Les expériences de physiologie de Dana et d'autres l'avaient d'ailleurs déjà démontré. Mais ce qui est plus important c'est que, contrairement à ce qui a été affirmé à l'Académie de Médecine par Marey, la galvanisation cérébrale est sans danger comme sans inconvénients lorsqu'elle est bien appliquée. Il faut seulement éviter toute variation brusque de potentiel. Les effets de la galvanisation cérébrale varient suivant le pôle actif. Le négatif exerce une action excitante, le positif une action calmante et dépressive. On pourra donc en employant convenablement ces pôles avoir une action sur les affections centrales et en particulier combattre avantageusement les effets du surmenage intellectuel.

Pour terminer nous aurons à citer les travaux de Gaetano Corrado sur les *altérations des cellules nerveuses dans la mort par l'électricité* et ceux de Prévost et Batelli sur la *mort par les courants électriques*.

Le premier, après avoir passé en revue les différents travaux publiés sur cette importante question de physiologie pathologique et de médecine légale, expose ses recherches personnelles faites sur des chiens. Il a utilisé l'énergie de la station électrique de Lanciano (Abbruzes) fournie par deux dynamos type Thury à courant continu donnant 1,500 volts et 34 ampères. Les électrodes de cuivre de 8 × 2 cm. 1/2 étaient placées l'une sur la tête du chien en expérience à 3 centimètres du rebord orbitaire supérieur, l'autre sur le dos à 10 ou 12 centimètres de la racine de la queue. Ces électrodes étaient reliées par des fils isolés au tableau de distribution de l'usine au moyen d'un commutateur. Il a utilisé tantôt une, tantôt deux dynamos, le voltage variant de 400 à 2500 volts, l'intensité restant toujours au-dessus de 20 ampères. Les chiens de 2 kg. 500 à 20 kilogrammes au moment de la fermeture du courant sont soulevés du sol par une brusque tension des quatre membres et un tétanos rigide de tous les muscles du corps ; la tête est en opistotonos. Ils restent ainsi jusqu'à l'ouverture du courant qui détermine la chute. La durée d'application du courant a varié du temps de fermer et ouvrir le courant à quelques secondes. La mort instantanée s'est produite sans cris et sans plaintes. Dès le premier moment la respiration est arrêtée, et les battements du cœur s'ils persistent quelques instants cessent bientôt. La mort est réelle et les tractions rythmées de la langue ne peuvent faire revenir les animaux à la vie.

Les altérations du système nerveux consistent en congestion ou hémorragies des meninges des sinus de la dure-mère de la surface du cerveau et de la moelle. On trouve aussi sous les méninges cérébrales ou spinales de nombreuses bulles de gaz. Le corps des cellules nerveuses subit des déformations variées, érosions, dentelures, mutilations diverses ; le contour est plus ou moins diffus, irrégulier, le protoplasma semble poussé tout entier d'un côté de la cellule. A l'intérieur la substance colorée est dissoute, et il se produit une plasmolyse intense, la vacuolisation est fréquente et très prononcée ; la substance chromatique a une tendance marquée à se séparer du reste de la cellule ; dans quelques cellules de l'écorce on remarque des traces d'orientation mais qui paraissent sans relation avec la direction générale du courant. Le noyau subit les altérations les plus diverses tant dans son volume que dans sa position et sa substance colorante. Le nucléole qui résiste mieux, a une tendance à s'excentrer à travers la membrane nucléaire et à se porter à la périphérie de la cellule.

Prevost et Batelli qui avaient déjà présenté en mars 1899 une

note à l'Académie des sciences sur l'action des courants alternatifs sur divers animaux et avaient constaté qu'ils tuent les animaux en mettant le cœur en état de tremulation fibrillaire qui amène bientôt son arrêt puis celui de la respiration ont dans le présent mémoire étudié l'action des courants continus. Ils ont utilisé le courant de la station électrique de Genève donnant une différence de potentiel de 550 volts. Ils ont gradué leur courant avec un rhéostat à spirale et placé une des électrodes dans la bouche, l'autre dans le rectum ou sur le dos bien rasé — Le mécanisme de la mort par les courants continus paraît dans ses grandes lignes analogue à celui qu'on constate avec les courants alternatifs cependant il y a quelques différences. Chez tous les animaux la sensibilité et la respiration semblent plus fortement atteinte par les courants continus. Les convulsions sont surtout provoquées par la secousse de rupture. Les trémulations fibrillaires du cœur peuvent survenir sans chocs de rupture ou de fermeture.

L'examen des tracés de la pression artérielle semble indiquer l'absence d'excitation vasomotrice que provoquera au contraire le courant alternatif.

II. Electrodiagnostic.

Lévi Sirugue a étudié les *réactions électriques dans la maladie de Little* et ne les a pas trouvées modifiées; cela rapproche cette affection de l'hémiplégie spasmodique infantile, et de la paralysie spasmodique familiale, mais cela permet aussi de la distinguer de la paralysie infantile où la reaction de dégénérescence existe le plus souvent.

Lucien Roques chez un malade atteint du syndrome d'Erb, mais qui ne présentait pas la réaction myasthénique électrique de Jolly conclut qu'on peut dans des cas identiques porter un pronostic favorable. Il y a lieu de penser en effet ou que dans la myasthénie généralisée il y a des formes bénignes ou que le syndrome d'Erb correspond à plusieurs entités morbides. Dans un cas que j'ai observé la réaction de Jolly qui manquait dans les huit premiers jours n'a pas tardé à apparaître et la maladie a suivi son cours habituel.

Benedikt a continué ses recherches sur la réaction lacunaire totale ou partielle dans un certain nombre de maladies nerveuses, soit cérébrales, soit périphériques et l'a trouvée tantôt à la suite de l'excitation faradique, tantôt et plus souvent à la suite de l'excitation galvanique. Il y aurait lieu dans ces derniers cas de tenir compte de l'action polaire, car l'auteur a remarqué dans un certain nombre de cas que l'épuisement n'étant pas complet, les muscles récupéraient par le repos leur excitabilité.

H. Dubois a consacré sa thèse inaugurale à l'étude des atrophies musculaires d'origine hystérique. Il a montré par cinq observations originales que ces atrophies quelles que soient leur cause et leur localisation correspondent à la classe des atrophiés simples sans lésions de la moelle et que jusqu'à présent la réaction de dégénérescence ne peut être considérée comme un signe appartenant aux atrophies musculaires d'origine hystérique.

III. Electrothérapie.

L'électrothérapie est toujours en bonne place dans les maladies du système nerveux et des acquisitions nouvelles viennent chaque année enrichir son patrimoine. Ainsi E. Alger a recommandé le courant continu pour lutter contre la douleur chez les malades atteints de zona. Il place le pôle positif au niveau de l'origine des nerfs malades et promène le pôle négatif relié à un pinceau métallique autour des plaques éruptives et sur les placards eux-mêmes.

Armstrong à la Société médicale de Londres a cité les bons effets qu'il obtient de la *galvanisation du système nerveux central dans certaines névroses*. Il nie que les effets de ces courants soient dus à la seule suggestion et énumère leurs effets physiologiques toniques, stimulants au sédatifs. Il s'en est servi avec avantage dans les névroses cardiaques et gastriques, la neurasthénie, l'hypochondrie, la fatigue cérébrale ou nerveuse. La migraine, le goitre exophthalmique, la maladie de Raynaud et l'asthme spasmodique lui paraissent également justiciables de ce traitement. La section d'électricité médicale du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences de Boulogne-sur-Mer a fourni de très intéressants travaux.

M. Crocq (de Bruxelles) a lu une étude sur le *traitement du mal perforant plantaire par la faradisation du nerf tibial et de ses branches terminales*. L'élongation des nerfs préconisée par Chipault a par ses résultats confirmé la théorie névritique de l'origine du mal perforant plantaire. On peut la remplacer par la faradisation à interruptions lentes du nerf tibial postérieur. L'électrode positive, très petite, étant placée sur le tronc de ce nerf derrière la malléole interne, la négative plus grande est appliquée un peu en arrière de l'ulcération. Ce traitement appliqué chez un homme de trente-deux ans, atteint depuis deux ans d'un mal perforant plantaire durant depuis deux ans a amené la cicatrisation en six semaines, la guérison se maintient depuis huit mois. M. Levis Jones, traite l'incontinence d'urine nocturne et diurne par l'électricité. Dans les cas d'incontinence nocturne les applications un peu douloureuses sur le périnée peuvent agir par une sorte d'éducation des centres cérébro-spinaux. Quand l'inconti-

nence est à la fois diurne et nocturne, c'est la faiblesse du sphincter qui est en cause ; il emploie alors l'électrisation directe de celui-ci à l'aide d'une électrode introduite dans l'urèthre.

Claus emploie dans les mêmes cas les courants de Morton un pôle est relié à la terre, l'autre à une sonde de Guyon introduite dans l'urèthre.

Ce traitement conviendrait bien, d'après l'auteur, à toutes les incontinences d'origine nerveuse ou musculaire ou d'origine centrale.

S. Leduc a communiqué un procédé de *Traitement électrique des paralysies périphériques*. Il emploie le courant galvanique suivant la méthode monopolaire négative. Le pôle positif, formé d'une large électrode, est appliqué sur l'épigastre ou dans le dos ; le négatif, relié à un tampon d'une surface d'autant plus grande que le nerf est situé plus profondément, est appliqué sur le siège de la lésion en général facile à déterminer.

Avec un hérostat, on règle l'intensité du courant qui doit atteindre suivant la tolérance des malades de 1/3 de milliampère à 3 milliampères par centimètre carré d'électrode. On laisse passer pendant un temps variable, de deux à douze minutes suivant la tolérance de la peau.

Cette première partie du traitement a un double but et un double résultat. L'électrisation monopolaire négative a une action résolutive marquée qui s'exerce sur la névrite chronique cause de la paralysie. Elle produit l'état cathélectrotonique qui augmente l'excitabilité du nerf.

Dans la seconde partie du traitement, on excite le nerf ou les muscles avec le courant galvanique interrompu dont on réglera l'intensité de façon à éviter une contraction trop brusque surtout pour les applications à la tête.

J'ai également communiqué un travail sur le *Traitement du goitre exophthalmique par la voltaïsation stable*. Le pôle négatif de l'appareil est relié à une plaque de 200 centimètres carrés qui est placée sur le dos du malade ; le pôle positif est placé sur le goître à l'aide d'une électrode de 60 à 80 centimètres carrés. L'intensité du courant varie, suivant les malades, de 5 à 10 milliampères. La durée d'application varie de 20 à 30 minutes. Séance tous les deux jours. Sur six cas soignés, j'ai une guérison complète durant depuis trois ans. Trois améliorations. Une malade a abandonné le traitement après quelques séances. Chez la sixième malade, qui avait un goitre unilatéral, l'exophthalmie n'existait que de ce côté. La résistance électrique y était de 800 ohms et de 1 200 ohms de l'autre côté.

J'ai également communiqué un travail sur le *Traitement des névrites d'origine traumatique par les courants alternatifs à basse fréquence*. Le courant utilisé est celui du secteur parisien de la

rive gauche qui est à 92 périodes. Arrivant au tableau au potentiel de 110 volts et à l'intensité de 10 ampères. Il est réduit à l'aide de bobines de résistance, et d'un rhéostat de 0 au potentiel utilisable qui varie de 12 à 25 volts.

Les cas traités sont : une atrophie musculaire survenue à la suite d'un névrome du nerf médian ; une paralysie du nerf cubital à la suite d'une fracture de l'humérus qui avait déterminé une pseudarthrose qu'on peut diagnostiquer par la radiographie. Le nerf cubital, comprimé par le fragment inférieur, était des plus enserré dans du tissu fibreux dont on le dégagea au moment de l'opération.

Une seconde radiographie, prise un mois après l'intervention, permit de constater que la consolidation était cette fois complète et régulière. L'électrisation des muscles incurvés par le nerf cubital guérit ensuite rapidement l'atrophie musculaire.

Le troisième cas est une paralysie réflexe des muscles court fléchisseur, opposant et long abducteur du pouce, survenue à la suite d'une fracture du radius chez un enfant de douze ans. Il a guéri en vingt séances.

L'action des courants alternatifs à basse fréquence rappelle celle de la galvano-faradisation. Dr L.-R. Regnier.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE.

Section de Neurologie.

Séance du vendredi 3 *août* (matin). — Présidence de MM. Pick (de Prague) et A. Obersteiner (de Vienne).

Rapports sur les *Centres de projection et d'association du cerveau humain* : 1° par M. le professeur Flechsig (voir p. 334) ; 3° par M. le professeur Hitzig (de Halle) (voir p. 338); 3° par M. le professeur von Monakow (de Zurich).

Résumé du rapport sur *les centres de projection et d'association*; par le professeur C. von Monakow.

La doctrine que Flechsig soutenait, en 1895, sur les centres d'association et de projection a été dès lors essentiellement modifiée et étendue par son auteur dans une communication ultérieure parue récemment dans le *Neurologisches Centralblatt* du 1er novembre 1898.

Dans ce nouveau mémoire, qui marque un réel progrès des recherches embryologiques, Flechsig partage la surface cérébrale en quarante districts, chez lesquels la myélinisation se fait à des époques différentes ; en outre, il abandonne tout à fait certaines opinions qu'il défendait naguère chaudement.

Les signes anatomiques différentiels fondamentaux qui distinguent les centres de projection des centres d'association apparaissent ici un peu effacés (entre eux se placent les régions intermédiaires qui ont une nature mixte), et la question anatomique se pose désormais en ces termes : les fibres de projection sont-elles réellement beaucoup moins nombreuses dans les centres d'association que dans les centres sensoriels ? Les territoires primordiaux offrent aussi, selon Flechsig, une structure corticale particulière. Voici les résultats auxquels nous sommes arrivé dans nos recherches sur cette question : la somme des fibres de projection réunies dans la couronne rayonnante, et répandues sur toute la surface cérébrale, ne se trouve définitivement en concrétion directe qu'avec un nombre relativement petit de points corticaux. Dans toutes les circonvolutions, les fibres de projection ne forment qu'une petite fraction de toute la masse des fibres de la substance médullaire limitante. Il existe en conséquence sur toute la surface cérébrale des espaces considérables, plus ou moins étendus en circonférence et empiétant les uns sur les autres, où l'on ne trouve aucune fibre de projection. On peut désigner l'ensemble de ces parties corticales privées de fibres de projection sous le nom de centres d'association, en opposition aux foyers dispersés où se réunissent les fibres de projection. Mais il n'est pas possible de limiter d'une façon quelque peu précise les territoires qui sont pauvres en fibres de projection, et ceux qui en renferment abondamment. Pas plus que d'autres auteurs nous n'avons constaté de différences anatomiques *fondamentales* entre les deux sortes de territoires des hémisphères. Du reste, il existe dans d'autres régions cérébrales (la substance grise centrale) des parties, d'une moindre étendue il est vrai, mais qui sont aussi dépourvues de fibres de projection, et pour lesquelles il n'est pas d'usage de distinguer des centres de projection et d'association.

Il est certain que l'arrangement des fibres dans la substance blanche du cerveau ne se fait pas d'une manière uniforme. La division adoptée par Flechsig, qui ne considère que les fibres de projection des voies sensorielles, ne tient pas suffisamment compte des multiples postulats anatomiques de l'organisation du cerveau. Nous n'y trouvons pas la représentation du cervelet, de la substance noire de Sömmering, du noyau rouge, de maintes régions des couches optiques (pulvinar), etc., dont les zones de rayonnement empiètent de tous côtés sur les sphères sensorielles trop étroitement limitées par Flechsig. La localisation qui se fait d'après la repré-

sentation des noyaux intracorticaux (les contingents cérébraux, *Grossihrnantheile* de von Monakow), dont les fibres de projection pénètrent souvent dans les centres d'association de Flechsig, doit être mise en parallèle avec la localisation qui résulte des observations embryologiques. Le mode de répartition des fibres de projection dans l'écorce cérébrale est inégal et varie beaucoup.

Il est sujet à de grandes différences individuelles. Dans les régions primordiales, les faisceaux de projection sont très probablement beaucoup plus denses que dans d'autres régions de l'écorce (Flechsig). Mais la méthode d'étude basée sur la myélinisation, quelque brillants qu'apparaissent au premier abord ses résultats, est bien loin d'être suffisante pour résoudre le problème physiologique de la fine organisation des neurones dans le cerveau. En considérant la fréquence des variations individuelles dans le mode de succession du revêtement de la myéline dans les faisceaux de fibres nerveuses, on jugera que le matériel des recherches est vraiment trop restreint jusqu'ici pour que l'on puisse en déduire des lois qui serviraient de base au développement ultérieur des voies conductrices et des centres. Tout ce que l'on peut dire, d'une manière générale, c'est qu'il est vraisemblable et logique que le développement des centres sensoriels précède celui des parties corticales qui servirait de base à l'intelligence.

L'hypothèse qui place les fonctions psychiques supérieures dans des foyers corticaux spécialement délimités et possédant une structure anatomique particulière (les centres intellectuels) est insoutenable. On doit plutôt se représenter les divers éléments qui concourent au travail psychique comme répandus sur l'écorce cérébrale tout entière. Il existe sûrement pour le travail psychique des conditions anatomiques nécessaires (des complications encore inconnues dans l'arrangement architectonique des neurones), dont les structures diverses dominent tantôt dans l'une, tantôt dans l'autre des circonvolutions.

Nous pensons que la théorie de Flechsig, d'après laquelle toutes les fibres de projection d'une voie corticale sensorielle s'enveloppent à peu près simultanément de myéline, peut s'interpréter autrement quant à la succession du développement et de l'organisation des voies conductrices et des centres. Notre interprétation se base sur l'unité architectonique des complexus de neurones. On peut supposer que la myélinisation se fera, à une certaine période du développement embryonnaire, dans un complexus de neurones, de telle sorte que quelques éléments de ce complexus devanceront les autres, en s'entourant plus tôt de myéline.

Sous le nom de *complexus de neurones* nous comprenons la somme des neurones individuels, qui s'articulent les uns avec les autres, et forment progressivement des systèmes coordonnés (au sens des systèmes des divers ordres de projection de Meynert), renfermant

un nombre de neurones de plus en plus grand à mesure qu'ils se rapprochent de l'écorce (cellules de projection et d'association), et dont le minimum est nécessaire pour produire chez l'adulte un acte nerveux (une impression lumineuse, par exemple). Une voie sensorielle se compose d'un grand nombre de ces complexus de neurones d'une nature analogue, dont les plus centraux se revêtent les premiers de myéline, tandis que les périphériques ne le font que plus tard.

Discussion. — M. O. Vogt (de Berlin). — Jusqu'au dernier moment toutes nos études sur les fibres cérébrales n'ont fait que confirmer ce que Mme Vogt et moi avons déjà publié [1] sur la théorie de Flechsig.

Voici les résultats auxquels toutes nos études nous ont amenés : 1° contrairement à ce que dit Flechsig, toutes les fibres de même valeur ne se myélinisent pas en même temps ; 2° la loi de Flechsig de la marche cellulifuge de la myélinisation n'a pas été confirmée par nos recherches; 3° il y a des fibres myélinisées dans toute l'écorce plus tôt que Flechsig ne l'a prétendu ; 4° il est vrai que chez l'homme la myélinisation commence par les centres primordiaux de Flechsig; mais contrairement à ce que M. Flechsig enseigne, *sans arrêt visible*, la myélinisation s'étend peu à peu de la périphérie de ces centres jusqu'à ce que toute l'écorce soit myélinisée. Il est ainsi impossible de distinguer un nombre déterminé de régions d'après leur myélinisation, étant donnée la marche continue du procédé; 5° on retrouve encore chez l'adulte des traces de cette myélinisation non contemporaine des différentes régions corticales, car plus une région est tôt myélinisée, plus ses fibres et leurs gaines sont grosses ; 6° sans pouvoir en donner la preuve, car la méthode de la myélinisation est incapable de nous la fournir, je pense que tout au début, la plupart des fibres myélinisées sont des fibres de projection. Mais il y a des fibres d'association qui commencent très tôt à se myéliniser. Les fibres du corps cal-

[1] O. Vogt. Sur la myélinisation de l'hémisphère cérébral du chat. Comptes rendus des séances de la *Soc. de Biologie*, 1898.

O. Vogt. Zur Projectionsfaserung des Grosshirnes. *Jachr. f. Psychiatrie*, vol. 56.

C. Vogt. *Etude sur la myélinisation des hémisphères cérébraux*. Paris, 1900, Steinheil.

O. Vogt. Flechsig's Associationscentrenlehre im Lichte vergleichend anatomischer Forschung. *Centralblatt für Psychiatrie*, 1900.

O. Vogt. Valeur de l'étude de la myélinisation pour l'anatomie et la physiologie du cerveau. *Journal de Physiologie*, 1900.

O. Vogt. Sur les différentes méthodes qui peuvent servir à l'établissement de l'homologie des différentes régions de l'écorce cérébrale. *XIIIe Congrès international de médecine*. Section pour l'anatomie descriptive, 1900.

leux restent un peu en retard; cependant chez un enfant d'un mois, où une grande partie du cerveau ne contient pas encore de fibres myélinisées, on trouve déjà des fibres commissurales myélinisées entre les régions corticales le plus tôt myélinisées; 7° absolument en opposition avec tout ce que Flechsig a prétendu, aussi longtemps qu'il y a des régions corticales sans myéline, il y a également dans la capsule interne des parties non myélinisées; et ces parties sont justement celles dont les dégénérescences secondaires nous montrent le rapport avec les régions corticales tard myélinisées; de plus, ces parties tard myélinisées de la capsule interne sont assez étendues pour qu'on soit en droit de conclure que les régions corticales correspondantes possèdent des fibres de projection en grand nombre; 8° contrairement à l'opinion de M. Flechsig, nous avons constaté chez les carnivores et le lapin un procédé de myélinisation qui est, d'après tout ce que nous savons de l'homologie corticale, identique, du moins dans les grandes lignes, avec celui de l'homme; 9° contrairement à l'enseignement de Flechsig et Dollken, chez les carnivores, toutes les régions corticales possèdent des fibres de projection; 10° mais de plus, contrairement à l'opinion de M. Flechsig, à côté de ces fibres de projection il y a un nombre encore plus grand de fibres d'association et commissurales. Donc, déjà chez les carnivores, il y a pour toutes les régions corticales plus de fibres d'autre valeur que de fibres de projection, et nous ne pouvons pas voir, dans une minorité des fibres de projection, une particularité du cerveau humain; 11° chez les carnivores, il y a un grand nombre de fibres de projection qui ne vont pas en ligne directe vers leur circonvolution, mais qui se recourbent plus ou moins brusquement, comme l'a décrit en détail M[me] Vogt. Avec cette réserve que seulement une partie des fibres de projection se recourbent ainsi, l'anatomie comparée appuie ce point de l'enseignement de M. Flechsig; 12° quant aux fibres d'association, nous avons pu constater chez les carnivores, par la méthode de la dégénérescence secondaire, qu'il existe des fibres d'association dans toutes les couches du centre ovale, entre l'écorce elle-même et l'épendyme ventriculaire. Ces fibres sont d'autant plus longues qu'elles se rapprochent davantage de l'épendyme. Spécialement, nous avons pu constater l'existence d'un faisceau longitudinal inférieur, d'un faisceau longitudinal supérieur et d'un faisceau occipito-frontal. Seulement, ces faisceaux ont des limites moins nettes qu'on ne l'a enseigné jusqu'à maintenant pour l'homme; mais on a tout droit de conclure, de cette observation sur l'animal, à leur existence chez l'homme, niée par M. Flechsig; 13° Aussi bien que chez l'homme, chez les animaux, la structure fixe des différentes régions corticales est différente; mais, contrairement à ce que dit M. Flechsig, les animaux non plus que l'homme ne montrent une structure

identique des régions le plus tard myélinisées, dont M. Flechsig fait des centres à structure uniforme.

Voici pour l'anatomie; je laisse de côté toute la discussion des conclusions physiologiques et psychologiques tirées par M. Flechsig, parce que j'en parlerai au prochain Congrès de Psychologie.

Communications diverses.

Sur la nécessité de fonder des Instituts centraux pour l'anatomie du cerveau; par O. Vogt (de Berlin).

En anatomie du cerveau, trois grandes questions intéressent le neurologiste : la cellule et ses modifications normales et pathologiques; la névroglie et ses modifications pathologiques; enfin, l'anatomie des fibres. Quoique du domaine des anatomistes et des anatomo-pathologistes, l'étude de ces questions doit être laissée, pour une grande part, aux neurologistes, car eux seuls peuvent juger quelles sont les questions importantes pour eux, et eux seuls sont capables de rapprocher les résultats d'un examen anatomo-pathologique avec les constatations cliniques. Je parlerai seulement de l'anatomie des fibres, mais ce que j'en dirai s'applique aussi bien à l'étude de la névroglie et de la cellule.

Malgré le grand nombre de travaux qu'on publie tous les ans sur l'anatomie des fibres, nos connaissances avancent très lentement. Le seul moyen capable de changer la situation actuelle serait une centralisation des études.

A. Une telle centralisation est nécessaire parce que c'est :

I. Le meilleur moyen d'épargner nos forces : 1° il est si difficile de débrouiller le réseau enchevêtré des fibres du cerveau qu'il est absolument nécessaire qu'un observateur soit contrôlé par d'autres et on gagnerait un temps énorme si ce contrôle pouvait avoir lieu sur le même matériel et si chacun n'avait pas besoin d'abord de se faire un matériel qu'un autre a déjà fait; 2° à côté de ce contrôle nécessaire, nous ne devons pas perdre nos forces en traitant chacun la même question. Il y a tant de questions à éliminer dans l'anatomie du cerveau, que chacun peut trouver sa besogne. Mais pour éviter que différents travailleurs s'occupent de la même question, il faut que les besognes soient distribuées; 3° cette division du travail doit être rationnelle; elle doit tenir compte de l'importance des différentes questions à résoudre, du matériel qui existe, et des résultats que les méthodes actuelles peuvent donner; 4° les publications doivent être intelligibles et profitables pour les autres. Avant tout, les auteurs doivent apporter plus de soins aux dessins. Pour faciliter la description, pour la rendre plus claire et pour permettre de donner plus tard de bons dessins relativement

bon marché, il faut d'abord publier une série de dessins assez grands, représentant des coupes, dans les différentes directions, des cerveaux normaux de l'homme et des principaux animaux. Ces dessins pourront alors servir de base à la description des cas anormaux ou pathologiques. En même temps il ne sera plus nécessaire que chaque auteur donne le dessin des coupes entières, mais il suffira qu'il donne le dessin des détails qu'il a trouvés ; 5° nous devons faciliter l'instruction des médecins qui veulent s'occuper de l'anatomie du cerveau par une série de démonstrations pratiques où on leur montre des préparations et où on leur apprend à se servir des différentes méthodes.

II. Le seul moyen de profiter de toutes nos ressources :

1° De toutes les méthodes d'une façon rationnelle. Dans ce but, nous devons : *a*) examiner ce que chaque méthode peut nous donner. On a jusqu'à maintenant beaucoup négligé l'examen critique des méthodes elles-mêmes. Une étude sérieuse des méthodes employées nous empêcherait souvent de tirer des conclusions des résultats que nous a fournis une méthode qui n'est pas du tout capable de prouver ces conclusions ; *b*) employer toutes les méthodes dont la valeur est vérifiée. Avec toutes les méthodes actuelles, on ne peut pénétrer dans l'anatomie des fibres que dans une certaine mesure ; aussi a-t-on besoin de combiner toutes les méthodes, ce qui dépasse les forces d'un seul ; *c*) examiner systématiquement la valeur de toutes les nouvelles méthodes. Étant donnée l'imperfection de toutes nos méthodes actuelles, nous devons faire attention à chaque découverte technique et la soumettre à un examen sérieux.

2° Du matériel accessible : *a*) l'étude du cerveau humain adulte et l'étude de la myélinisatian ne donnent que très peu de résultats sûrs. L'anatomie comparée, surtout sous la forme de l'étude des dégénérescences secondaires expérimentales, a, pour l'étude du cerveau humain, une très grande valeur. Mais tous les résultats donnés par cette méthode ne peuvent pas être directement appliqués à l'homme. La structure constatée chez les animaux ne doit pas seulement être retrouvée chez l'homme, mais être étudiée dans les particularités caractéristiques au cerveau humain. Pour toutes ces questions, les méthodes qui donnent vraiment de bons résultats sont la méthode de la dégénérescence et la méthode tératologique. Mais pour employer ces méthodes nous avons besoin d'un matériel qui n'est pas toujours directement à la disposition du neurologiste. C'est dans les grands hôpitaux et les asiles que ce matériel se trouve et se perd. Il s'agit de le faire collectionner en ces endroits pour l'envoyer à un Institut central où il sera étudié ; *b*) quelquefois une pièce unique ou du moins très rare, ou encore préparée avec beaucoup de peine, peut servir à la solution de

questions de différents ordres; mais jusqu'à maintenant de telles pièces n'ont servi qu'à la solution de la question qui intéressait spécialement leur possesseur et ont été perdues pour les autres questions. Cela n'arriverait pas si ces pièces étaient dans un Institut central et à la disposition de tous les chercheurs.

B. Un tel Institut est possible. Cela m'a été prouvé par des expériences :

I. Qui ont été faites dans d'autres branches scientifiques. Je rappelle ici la haute division du travail et en même temps la centralisation que l'on trouve dans les observatoires astronomiques et, pour parler d'un sujet qui nous est plus proche, je rappellerai la fondation géniale de Pasteur et les brillants résultats qu'elle a donnés pour l'étude de la bactériologie et des maladies infectieuses.

II. Que j'ai faites moi-même depuis l'époque où je suis ce plan. Mes expériences se rapportent à trois questions : 1° à la collection du matériel. J'ai trouvé que les médecins et les anatomo-pathologistes des grands hôpitaux et des asiles aussi bien que les médecins privés sont assez disposés à mettre le matériel à la disposition d'un tel Institut et cela surtout si on leur fait les conditions suivantes : si on leur laisse la description de la pièce s'ils le désirent et si on leur donne quelques coupes. De cette façon le médecin qui a observé le malade peut s'instruire des changements anatomo-pathologiques et en même temps un hôpital peut se faire peu à peu une bonne collection pour l'enseignement; 2° j'ai pu constater que des ouvrières propres et consciencieuses pouvaient très bien préparer le matériel sous le contrôle d'un chef de laboratoire. De cette façon la préparation, même d'un très grand nombre de coupes sériées, se fait relativement vite et à bon marché; 3° au point de vue des dessins, malheureusement la micro-photographie ne donne pas de bons résultats et, d'après l'assurance des gens compétents, n'est pas près d'en donner. Il faut donc dessiner les préparations en employant de nouveaux microscopes présentant une combinaison d'objectifs et d'oculaires spéciale; si l'on fait les dessins assez grands, et si un dessinateur contrôle l'autre, on peut arriver à une très grande exactitude. Ces dessins faits soit directement à l'encre de Chine, soit d'abord au crayon, puis retracés à l'encre de Chine, peuvent être reproduits d'une façon suffisamment exacte et relativement bon marché par la photogravure.

J'ajoute que j'aspire à une telle centralisation des études aussi pour la neuro-physiologie et les parties de la psychologie, qui ont un intérêt pour nous autres neurologistes et psychiatres.

Sur les causes d'erreur dans l'interprétation des résultats fournis par la méthode osmio-chromique (procédé de Marchi) ; par Paul SAINTON (de Paris).

Etude clinique de la fonction kinesthésique (sens musculaire). Mesure de la sensation d'innervation motrice dans un membre immobile tendu. Seuil des poids perçus sans pression cutanée et sans mouvements (actifs ou passifs) du membre. — Kinesthésiomètre indiquant la sensation minimale d'allègement ; par le professeur GRASSET (de Montpellier).

M. Grasset considère l'appareil nerveux kinesthésique et les modes d'observation et d'expérimentation qui permettent d'en étudier les altérations. Il donne un procédé pour apprécier, chez un malade, la sensation de résistance, c'est-à-dire la sensation d'innervation motrice dans un bras *immobile* tendu.

Le sujet examiné tient le bras immobile horizontalement (et cela tout le temps de l'expérience). Il tient avec deux doigts un fil qui, en se trifurquant plus bas, supporte un petit plateau avec des poids. Le sujet a les yeux fermés et ne bouge pas. Un aide soulève, lentement et sans bruit, un coussin ou un carton recouvert d'étoffe, jusqu'à la rencontre des poids. Le sujet doit signaler le moment précis de l'allègement. Dans l'expérience ainsi conduite il n'y a plus du tout de déplacement du membre, ni mouvement actif, ni mouvement passif. La pression cutanée est nulle (fil tenu entre les doigts). La sensation éprouvée par le sujet est donc, bien réellement et exclusivement, la sensation de l'innervation motrice elle-même. C'est la seule chose qui change au moment de l'allègement.

Au début de l'expérience, il y a une innervation motrice A nécessaire pour soutenir le poids, pour lui résister. Lorsque le contact est établi avec le coussin et que le poids, soutenu par-dessous, n'est plus soutenu par le fil, il faut une innervation motrice B nécessaire pour tenir le bras immobile, mais le bras seul et sans poids. La sensation perçue au moment de l'allègement est donc due uniquement à ce changement d'innervation motrice, au passage de l'innervation motrice A à l'innervation motrice B. — C'est donc bien une *sensation d'innervation motrice*, une *impression* nettement et exclusivement *kinesthésique*. Ce petit appareil devient donc en quelque sorte un vrai *kinesthésiomètre*.

Grasset a fait un certain nombre d'expériences chez des sujets sains pour déterminer le seuil des poids capables de donner cette sensation. Avec l'appareil qui est lui-même très léger, il faut environ 10 grammes pour donner à la plupart des sujets la sensation minimale d'allègement. G... montre par des exemples que dans certains malades le poids nécessaire à donner cette sensation doit être beaucoup élevé (15 grammes, 20 grammes, 30 grammes).

De cette étude on peut conclure que nous n'avons pas seulement la notion de position (sens des attitudes de Cherechevsky), pas seulement la sensation des mouvements actifs ou passifs (sens du mouvement de Bain et de Bastian) ; mais nous avons aussi, dans

l'immobilité du membre, sans déplacement aucun, une *sensation de l'activité musculaire* (conscience musculaire de Duchenne, sentiment de l'activité musculaire de Gerdy et de Landry, sens de la force de Weber, sens de l'innervation de Wundt, faculté locomotrice ou sens de l'énergie mentale motrice de Hamilton). C'est cette *sensation de l'activité musculaire au repos, sans déplacement du membre,* que l'on peut étudier très facilement en clinique courante avec le petit appareil décrit dans cette note.

Discussion. — M. le professeur Hitzig (de Halle). — Je ne sais pas si M. Grasset connaît l'appareil que j'ai décrit sous le nom très phonétique de « Kinesiaesthesiometer ». Il se compose d'un certain nombre de balles en bois remplies de balles de plomb d'un poids différent. Je crois que son emploi donnerait des résultats bien intéressants à M. Grasset. On peut éviter très facilement l'inconvénient de l'abaissement du bras mentionné par M. Grasset dans les expériences du même genre qui ont été faites. Il suffit de défendre aux personnes à examiner de faire des mouvements, ce que je leur ai défendu régulièrement.

M. le Dr Crocq (de Bruxelles). — N'y a-t-il pas un mouvement actif du bras dans l'effort que fait le malade pour tenir son bras étendu?

M. le professeur Grasset. — C'est une contraction stérile en quelque sorte.

M. le Dr Piltz (de Lausanne). — Il me semble que dans l'expérience de M. Grasset, au moment où le muscle revient à l'état de repos, il se produit un mouvement qui consiste dans un déplacement de la chair et de la peau qui la recouvre.

M. le professeur Grasset (de Montpellier). — Je n'ai pas voulu entrer dans la question théorique, mais simplement faire connaître un procédé d'expérience.

Un cas de ramollissement complet des lobe droit et lobe moyen du cervelet, avec destruction des noyaux centraux de ces lobes; par Switalski (de Lemberg).

Contribution à la théorie des hémiplégies; par M. Friedel Pick (de Prague).

M. Pick communique premièrement une observation, qui semble avoir un intérêt spécial pour la théorie des hémiplégies. Il a observé un jeune homme, qui montrait, outre une perte de la conscience musculaire du côté gauche, l'impuissance de mouvoir volontairement les extrémités du côté gauche, les yeux clos; mais il imitait très exactement chaque mouvement passif du côté droit.

Alors il y avait du côté gauche : destruction du mouvement volontaire, conservation du mouvement imitatif. Ce syndrome ne se trouve décrit dans aucun traité. Pick l'a trouvé seulement décrit dans une communication d'Arton sur les troubles du sens musculaire par lésion cérébrale, où il se trouvait chez trois malades atteints des lésions organiques. Ce syndrome rappelle un complexus de symptômes que nous connaissons dans l'aphasie, c'est-à-dire : langage volontaire détruit, langage imitatif conservé, ce qu'on désigne sous le nom d'aphasie transcorticale motrice. C'est ce qui a amené l'auteur à essayer de transformer le schéma de Lichtheim-Wernicke de l'aphasie aux mouvements volontaires des extrémités, essai qui est d'autant plus admissible, qu'il n'y a certainement aucune différence essentielle entre les muscles du mouvement et ceux du langage, lesquels sont sûrement, seulement des muscles différenciés pour une fonction spéciale. C'est pourquoi il est bien vraisemblable, que l'appareil central des muscles du mouvement est construit de même manière que celui du langage. Quand on trace avec de certaines réserves (bilatéralité, spécialité du sens auditif, etc.), un tel schéma, essai qui, à ce qu'il semble, n'a pas encore été fait, on voit que les lésions sous-corticales et corticales de la branche sensorielle et motrice sont bien connues ; mais il ressort du schéma que pour la lésion transcorticale de la branche motrice on doit supposer : destruction du mouvement volontaire, conservation du mouvement imitatif, c'est-à-dire le même syndrome que la parallélokinésie. Pick conclut alors que ce syndrome constitue pour les troubles du mouvement des extrémités un phénomène analogue de l'aphasie motrice transcorticale, qu'il représente une akinésie motrice transcorticale, un syndrome exigé d'ailleurs, comme on voit, par le schéma.

Discussion. — M. le professeur A. Pick (de Prague) rappelle qu'il existe des cas semblables à celui que vient de rapporter M. Friedel Pick, ceux de Halm et de Bruns; quant aux cas où l'on a constaté des lésions grossières du cerveau, on ne peut pas éliminer avec sûreté la superposition de l'hystérie.

M. Bruns (de Hanovre). — J'ai observé et publié un cas tout à fait analogue à celui de M. Fr. Pick, également d'origine organique. Il s'agissait d'une lésion du premier lobe temporal gauche, dans le gyrus supramarginalis, qui avait produit de la surdité verbale, de l'hémianesthésie, de l'hémianopsie et la perte des mouvements intentionnels avec conservation des mouvements automatiques et réflexes des yeux.

M. Friedel Pick (de Prague). — J'ai cité des cas analogues; mais je n'ai pu recueillir tous les cas publiés, surtout le cas dont parle MM. A. Pick et Bruns et qui, d'après ce dernier, est enterré dans un rapport d'asile. L'essentiel reste toujours de considérer ce syndrome

comme l'analogue de l'aphasie transcorticale motrice et d'appliquer le schéma des aphasies à l'innervation motrice des extrémités.

De l'élongation permanente de la moelle dans l'ataxie et les myélopathies scoliogènes; par Chipault (de Paris).

L'élongation intermittente de la moelle par suspension (Moczukovski) ou par flexion du rachis (Gilles de la Tourette et Chipault) offre comme inconvénient son intermittence même, et dès lors, sa dépendance de la volonté des malades si souvent affectée dans les affections qu'il s'agit de traiter. L'élongation permanente de la moelle remédie à ces deux inconvénients.

L'élongation permanente de la moelle est obtenue par le port d'un appareil plâtré spécial qui se met en place dans la position tête en bas, position supportée sans incidents ni accidents et jugée par tous les malades qui peuvent la comparer à la suspension tête en haut comme dépourvue des inconvénients présentés par celle-ci. L'appareil doit être très élevé, c'est-à-dire remonter très haut sous les aisselles, et descendre très bas sous les hanches, tout en étant soigneusement molletonné pour ne pas produire en ces points de pressions excessives.

Les expériences cadavériques ont montré que l'appareil produit un allongement réel de la moelle. Les observations cliniques démontrent des modifications symptomatiques très favorables chez les tabétiques : disparition rapide des douleurs, rétrocession des accidents pupillaires et des troubles trophiques; chez les syringomyéliques la disparition des douleurs rachidiennes, la rétrocession des troubles sensitifs et trophiques; enfin dans certains cas d'affection trophique à topographie dite radiculaire et avec association de scoliose, tels qu'un cas de sclérodermie et un cas de neurofibromatose qui ont pu être ainsi traités, la rétrocession pour ainsi dire complète des troubles trophiques.

Il va de soi que dans les myélopathies scoliogènes, l'élongation médullaire permanente a pour corollaire le redressement de la scoliose ; il n'est pas rare de voir le redressement persister après l'enlèvement de l'appareil.

En somme, l'élongation médullaire permanente dérivée de la méthode d'élongation intermittente par suspension ou flexion du rachis semble représenter à son égard un réel progrès.

Séance de l'après-midi. — Présidence de M. le professeur Roth (de Moscou).

Communications.

Quelques procédés pour colorer les grandes coupes de cerveau ; par Paul Schrœder (de Breslau).

Il s'agit d'expériences faites par la modification de Pal, de la méthode de Weigert, pour les colorations de la myéline appliquée à des coupes à travers les hémisphères entiers.

Dans le cerveau adulte, observation des rapports entre les trajets des faisceaux très difficile. Les préparations Weigert donnent une image indéchiffrable, qui pourtant fournit quelques renseignements.

Dans les préparations Weigert ou dans des imitations on ne distingue que la substance grise décolorée à côté de la substance blanche qui est très foncée ; la différenciation entre la substance blanche et la substance grise était bien le but de la méthode ; elle suffit à reconnaître les dégénérescences secondaires. Mais s'il s'agit de suivre le trajet des fibres à l'intérieur de la moelle, il faut pousser plus loin la différenciation : jusqu'à décoloration complète ou presque complète des parties isolées de la moelle. On constate alors que les différentes parties de la moelle se comportent de manière toute différente vis-à-vis du liquide de différenciation. Les uns, sous l'influence du permanganate de potasse et de l'acide sulfurique, se décolorent complètement ; d'autres se maintiennent dans leur coloration sombre. Entre les deux tous les degrés intermédiaires possibles.

Un fait important à énoncer, c'est que, d'après mes expériences, dans le cerveau la réaction au liquide de différenciation d'un même système de fibres, d'un même faisceau, est régulière, constante, répétée dans les mêmes proportions.

Cette connaissance des intensités de coloration différentes n'est pas nouvelle ; Dejerine la connaît. Rappelez-vous la couleur foncée du faisceau longitudinal inférieur en contraste avec la clarté des radiations optiques de Gratiolet. Mais l'étude devient particulièrement aisée dès qu'on pousse à l'extrême la différenciation. Il est alors facile de faire de grandes coupes horizontales ou sagittales de l'hémisphère entier, car tout de suite on voit réunis une multitude de faisceaux qui se comportent différemment.

Vous allez voir qu'on obtiendrait ainsi les résultats sur quelques planches tirées de l'atlas photographique du cerveau publié par Wernicke ou, déjà dans la première partie, mais surtout dans la deuxième partie, la différenciation est poussée à l'extrême. Pourquoi ces réactions différentes des systèmes de fibres ?

1° Différence de constitution chimique des parties ;

2° Conditions physiques dont le caractère commun est de s'accentuer ou de s'évanouir au contact du liquide (de ces conditions fait partie l'adhérence intime des fibres en faisceaux aussi denses que le corps de la fibre elle-même) ;

3° Direction de la coupe. Un faisceau prend un aspect tout différent coupé en long (sombre) ou transversalement : c'est que dans la coupe transversale, bien plus de fibres sont intéressées ; mais, d'autre part, le liquide de différenciation pénètre bien plus difficilement dans une coupe longitudinale de faisceau ;

4° Le ton de la couleur. On traite une coupe différenciée déjà avec une solution légère de carbonate de lithine ; apparait un bleu encore plus intense ; et il arrive alors que quelques faisceaux, avant de se décolorer, se teintent d'un brun, ou d'un brun jaune très caractéristique, se distinguant très légèrement du bleu et du gris des autres faisceaux. Ce brun, je le répète, est constant pour certains faisceaux ; par exemple : commissure antérieure, faisceau uncinatus et une partie de la couronne rayonnante qui va du lobe temporal au pied du pédoncule (faisceaux de Türck, de Dejerine).

J'ajoute incidemment que ces trois faisceaux émergent ensemble du lobe temporal. Sur des photographies originales de préparations, trois parties au moins se dessinent : une partie bleu foncé qui en grande partie nait de la première cirvonvolution temporale, la partie rétro-lenticulaire de la capsule interne en jaune clair, et 3° le faisceau de Türck dont les fibres viennent surtout des IIe et IIIe circonvolutions temporales, et qu'on peut, grâce à leur bleu intense, suivre au milieu des fibres foncées jusqu'au cinquième externe du « pes pedunculi ».

La différenciation s'accentue davantage pour la couronne rayonnante dans une coupe horizontale à travers la partie basale de la capsule interne. Ici quatre coupes différentes : presque toute la moitié antérieure est gris clair, légèrement jaune. Derrière, un champ étroit beaucoup plus sombre ; puis le faisceau brun de Türck et enfin la limite de la partie rétro-lenticulaire de la capsule interne, enfin un champ bleu foncé dont les fibres pénètrent dans le corps optique. A travers tout le pied du pédoncule on trouve des réactions correspondantes. Les fibres qui rayonnent vers les lobes occipitaux se dessinent grâce à leur couleur intense ; celles qui vont aux lobes temporaux se décolorent.

Enfin, voici comment dans tous les lobes du cerveau se comportent les faisceaux différents. Le lobe temporal se décolore le plus vite, exception faite de la partie limitrophe de la fosse de Sylvius, et de la partie avoisinante des circonvolutions pariétales inférieures. Un peu plus lente est la décoloration des lobes frontaux. Enfin les circonvolutions centrales se décolorent le moins vite et avant tout les lobes occipitaux.

Application du cinématographe à l'étude des troubles de la marche dans les maladies nerveuses; par MARINESCO (de Bucharest).

M... rappelle les travaux de Muybrige, Marey, Paul Richer, sur la marche normale, ceux de Gilles de la Tourette sur la marche pathologique. La méthode des empreintes qu'employa ce dernier, et la chronophotographie sont des méthodes qui se complètent, mais qui ne se remplacent pas, suivant la juste remarque de P. Richer.

M. Marinesco étudie la marche dans l'hémiplégie organique et dans la paraplégie organique, marche qui comporte un certain nombre de variétés. L'attention mérite surtout d'être attirée sur un groupe de paraplégie où l'hypotonie des fléchisseurs coexiste avec l'hypertonie des extenseurs de la jambe ; cette association est remarquable non seulement au point de vue du mécanisme de la marche, mais a aussi son intérêt par sa signification anatomo-pathologique.

En ce qui concerne l'hémiplégie hystérique, il y a lieu de remarquer que le mécanisme de la marche n'est pas toujours le même, comme l'avait admis Todd. Si la plupart des malades traînent le membre paralysé comme une pièce de matière étrangère, il arrive parfois que le pied paralysé balaie le sol seulement dans le pas postérieur, tandis que dans le pas antérieur le sujet fait glisser son pied malade assez en avant pour que le double pas du côté paralysé soit à peu près égal à celui de la jambe saine.

Des différents états lacunaires du cerveau; par Pierre MARIE (de Paris).

On trouve dans le cerveau des lacunes de natures fort diverses qui peuvent être rangées en quatre classes :

1° *Foyers lacunaires de désintégration.* C'est une lésion très fréquente dans les cerveaux de vieillards et qui très souvent, mais non pas toujours, cela dépend de la localisation de ces lacunes, détermine une hémiplégie incomplète avec troubles dysarthriques et dysphagiques, assez souvent aussi troubles psychiques, rire et pleurer spasmodiques. Ces foyers lacunaires représentent des ramollissements miliaires;

2° Etat criblé du cerveau de Durand-Fardel, siégeant surtout dans la substance blanche du pôle temporal ;

3° Grosses dilatations isolées périvasculaires siégeant à la partie inférieure du noyau lenticulaire ;

4° Etat « fromage de gruyère » considéré par certains auteurs comme une lésion véritable ; n'est en réalité qu'une altération cadavérique.

Discussion. — M. DUFOUR. — A propos des foyers lacunaires du

cerveau j'ai observé, depuis un certain temps, que ceux-ci se trouvent le plus souvent au niveau de la substance grise. Rapprochant cela du fait que dans la moelle certaines formes de syringomyélie dites myélites cavitaires affectionnent également les régions de substance grise médullaire, je pense que l'on peut admettre que la constitution de la substance grise nerveuse se prête plus qu'aucune autre à cette réaction cavitaire, et cela sous l'incitation de causes variées.

M. le professeur A. Pick (de Prague). — Tout en reconnaissant que pour une partie des cas de M. P. Marie l'explication de celui-ci soit la vraie, P... expose les raisons qui le font croire à la genèse pathologique de l'autre série des cas, décrits comme état criblé.

M. le professeur Obersteiner (de Vienne). — Je pense, la substance cérébrale étant incompressible, que la formation de telles cavités périvasculaires serait plutôt la conséquence d'un prolapsus atrophique chronique du cerveau.

M. le professeur Raymond (de Paris). — Je voudrais ramener la question, un instant, sur le terrain clinique. En 1885, j'ai publié, dans la *Revue de médecine*, un mémoire *sur la pathogénie de certains accidents paralytiques observés chez le vieillard*. Or, quelques-unes des observations de ce mémoire, recueillies à l'hospice d'Ivry, m'ont montré, comme à d'autres auteurs, que les foyers lacunaires étaient fréquents chez les vieillards, pour ainsi dire le fait habituel.

Parmi ces vieillards, à lésions cérébrales circonscrites, certains peuvent devenir hémiplégiques ; d'autres ne le deviennent jamais, et, cependant, chez les uns et chez les autres, il existe des foyers lacunaires, à peu près de même dimension, de même siège, etc., dans le corps opto-strié par exemple. Comment s'expliquer cette contradiction apparente ? Comment comprendre que les lésions, dans un cas, n'engendrent pas de paralysie, alors qu'elles en produisent dans l'autre, ce dernier paraissant calqué sur le premier.

Eh bien ! il m'a semblé que la paralysie qui survenait dans ces cas, avait besoin, pour se produire, d'un ou de plusieurs autres facteurs se surajoutant à la ou aux lésions lacunaires ; parmi ces facteurs celui qui m'a paru primer tous les autres, c'est l'œdème cérébral en rapport avec le mauvais fonctionnement de l'appareil cardio-rénal. En seconde ligne, j'incriminerai l'artério-sclérose localisée, avec anémie consécutive de certaines parties de l'encéphale.

Que mon explication soit bonne ou mauvaise, il n'en reste pas moins le fait suivant : des vieillards ont des foyers lacunaires dans les corps opto-striés ; les uns sont hémiplégiques ou le deviennent ; les autres ne présentent, jusqu'à leur mort, aucun accident paralytique. Peut-être l'examen du cerveau, sur coupes microscopiques sériées, donnera-t-il l'explication de ces faits.

M. von MONAKOW (de Zurich). — Les lacunes selon le mode de « fromage de gruyère » que l'on voit sur les préparations de M. P. Marie sont des produits artificiels, probablement en rapport avec le mode de préparation et de coupes du cerveau. M... a observé des formations lacunaires analogues dans certains troubles circulatoires à la suite d'hémorragies méningées traumatiques comme conséquence du contre-coup dans la substance blanche. M... pense que leur origine doit être cherchée dans de multiples extravasats sanguins qui, après avoir détruit partiellement le tissu, se résorbent plus tard avec le reste du tissu.

Rires et pleurs spasmodiques; par le professeur BRISSAUD (de Paris). — Présentations de malades.

Troubles de la parole recueillis au moyen du phonographe; par M. DUPONT (de Paris).

Présentation d'un microtome pour cerveau ; par J. NAGEOTTE (de Paris).

L'appareil que je présente permet de débiter en coupes sériées un cerveau tout entier inclus à la celluloïdine, dans le sens horizontal aussi bien que dans le sens vertical. Les coupes sont aussi faciles à recueillir que dans les autres systèmes actuellement en usage; leur épaisseur, réglée automatiquement, peut varier de 1/10 à 1/50 de millimètre. La pièce est fixée, comme dans le microtome de Gudden, sur le piston d'un volumineux cylindre ; elle monte par l'effet d'une vis micrométrique qui est mise en mouvement à chaque coupe par le mouvement de retour du rasoir. Une disposition spéciale permet de faire tourner la pièce sur son axe vertical pour que le rasoir l'attaque dans le sens le plus favorable, eu égard à la direction des fibres; il est d'ailleurs facile d'enlever la pièce après chaque séance et de la replacer sans changer son orientation.

Le rasoir, qui n'a que 37 centimètres de long, et qui pourtant coupe facilement les deux hémisphères d'un cerveau pris dans leur plus grande longueur, est fixé par ses deux extrémités à une sorte de pont mobile qui passe par-dessus la cuve à eau. Une disposition particulière permet de donner au rasoir une obliquité variable. Le pont mobile glisse sur deux rails situés de chaque côte de la cuve; il prend deux points d'appui sur l'un de ces rails, qui a une forme prismatique et sert de conducteur sur l'autre rail qui est plan : il ne prend qu'un point d'appui. L'entraînement du pont qui porte le rasoir se fait à l'aide d'une corde sans fin actionnée par une poulie.

Les avantages de ce microtome sont les suivants : malgré la

grandeur des pièces qu'il permet de couper, il tient peu de place ; le rasoir ne tremble pas et les coupes sont absolument régulières ; le maniement est commode et un seul opérateur peut facilement faire mouvoir le rasoir d'une main et de l'autre parer aux petits accidents qui viennent compromettre à chaque instant l'intégrité de ces grandes coupes ; il est facile d'enlever et de replacer le rasoir chaque fois que le besoin d'un affutage se fait sentir, sans perdre une seule coupe de la série ; enfin le prix de l'appareil est relativement modique. Il a été construit, pour le laboratoire de M. Babinski, par les soins de M. Dumaige. (*A suivre.*)

Section de Psychiatrie.

Séance du samedi 4 août. — PRÉSIDENCE DE M. MAGNAN.

M. BOURNEVILLE a présenté un groupe de 8 *microcéphales*, dont 3 avaient été montrés au *Congrès international de médecine mentale* de 1889. Il indique, à l'aide des *photographies* de ces malades, prises d'année en année ou tous les deux ans, et des *cahiers mensuels*, les progrès réalisés chez tous grâce au *traitement médico-pédagogique* qu'il a institué. Il insiste sur ce fait que la preuve d'une amélioration très sérieuse obtenue chez les microcéphales, rend évidente la possibilité d'améliorer encore davantage, jusqu'à l'état normal moyen, les enfants dont le cerveau est dans de moins mauvaises conditions. Cette *leçon de choses* a été très bien accueillie par l'Assemblée. — Le reste de la séance a été occupé par les communications suivantes :

Le dornicol, hypnotique puissant, non toxique ; par le Dr KOCH (d'Aix-la-Chapelle).

Présentation d'un hémisphère cérébral pour la démonstration et d'un esthésiomètre ; par le Dr HUGHES (de St-Louis).

Sur les déformations spéciales des ongles au cours de l'aliénation mentale ; par le Dr Marco TRÈVES (de Turin).

Discussion : MM. REGIS et Marco TRÈVES.

Sur la physionomie et la progression de certaines lésions cellulaires corticales accompagnant les accidents mentaux des maladies générales. (Laboratoire de M. Gilbert Ballet.)

M. Maurice FAURE (de Paris). — Je présente 15 photographies

microscopiques reproduisant l'aspect des cellules pyramidales (grandes cellules du lobule paracentral) chez douze malades, morts de maladies générales (pneumonie, tuberculose, lésions du foie, lésions du rein), avec des troubles mentaux plus ou moins accentués. On constate que, dans cinq cas, les cellules ont conservé le type normal, ce qui démontre, une fois de plus, que l'on peut avoir certains troubles fonctionnels cérébraux, mêmes accentués, sans que la lésion correspondante de l'organe soit appréciable à nos investigations. Dans sept cas, au contraire, les cellules sont manifestement altérées, et cette altération présente exactement les mêmes caractères dans tous les cas. Nous avons, dans des publications antérieures, insisté sur la physionomie typique de cette lésion, dont nous rappellerons seulement ici les caractères fondamentaux : forme globuleuse de la cellule, migration périphérique du noyau, décoloration centrale de la cellule. Ce qui nous paraît aujourd'hui particulièrement digne d'être signalé, c'est qu'en réunissant ainsi, dans une étude d'ensemble, ces divers cas auxquels nous venons de faire allusion, nous pouvons mettre très nettement en évidence le parallélisme d'intensité des lésions corticales, des troubles mentaux et des accidents généraux de la maladie.

Si donc l'hypothèse, qui impute l'apparition des troubles mentaux dans les maladies générales (délires fébrile, confusion mentale, hallucinations, etc.) à l'action cérébrale des poisons fabriqués dans un organisme infecté ou intoxiqué, est une hypothèse exacte, elle peut s'appliquer avec la même vraisemblance à l'explication des lésions que nous avons rencontrées.

Ces lésions, que nous avons vainement recherchées dans un grand nombre d'autres autopsies d'origine variée, dont le type est fort différent des lésions banales que l'hyphertermie, l'agonie, la décomposition cadavérique peuvent réaliser, paraissent devoir être rencontrées dans les cas où une toxi-infection, quels qu'en soient la nature et le siège, agira sur les cellules nerveuses pour en modifier la structure et la fonction. Dans les neurones spino-périphériques, de semblables actions donneront naissance aux polynévrites, qui s'accompagnent précisément fort souvent d'altérations cellulaires spinales, exactement semblables à celles que noùs venons de montrer dans les cellules cérébrales. De même que les polynévrites sont formées de symptômes et de lésions toujours les mêmes ou à peu près, quel que soit leur cause (alcoolisme, tuberculose, etc.); de même les lésions corticales, que nous signalons, resteront les mêmes, bien que dues à des causes variées (fièvre, infection, intoxication, etc.) ; il en est ainsi, d'ailleurs, pour les troubles mentaux qui les accompagnent, et qui varient peu malgré la variété des maladies qui les engendrent (délire de fièvre typhoïde, de pneumonie, d'infection puerpérale, etc.) ;

M. Toulouse. — Dans la paralysie générale on observe des lésions cellulaires semblables. Les partisans de l'origine toxique de la paralysie générale trouveront là une confirmation anatomique de leur opinion. J'ai eu récemment l'occasion de constater les mêmes lésions dans des cerveaux de malades ayant présenté des états maniaques et mélancoliques ne paraissant pas en rapport avec de l'infection ou de l'auto-intoxication.

Séance du lundi 6 août.— Présidence de M. Magnan.

Cette séance a été occupée par la lecture des rapports sur la question de l'*alitement*. Nous avons reproduit l'analyse de ces rapports dans le numéro d'octobre (p. 273) et la première partie de la discussion. Celle-ci a été suivie de la lecture, des communications ci-après :

L'alitement en aliénation mentale ; par MM. Mairet et Deltheil (de Montpellier).

L'open-door et le traitement au lit dans la République Argentine ; par le Dr Cabred (de Buenos-Ayres).

Séance du mercredi 8 août. — Présidence de M. Magnan.

Suite de la discussion sur l'alitement.

MM. Garnier et Cololian. — La méthode de l'alitement ne vaut que par l'homme qui l'applique. Avec cette méthode il faut la présence permanente du médecin et un personnel secondaire de choix.

M. Tokarski croit que l'alitement par intervalle peut, dans certain cas, donner des résultats plus utiles que l'alitement continu. L'alitement peut quelquefois permettre l'emploi des narcotiques.

M. Régis. — La question de l'alitement dans les psychoses est inséparable de celle de l'alitement dans les névroses. L'alitement est, en effet, pratiqué dans les neurasthénies cachectiques où il lutte surtout contre la dénutrition.

A la suite de cette discussion à laquelle ont pris part également les Drs Clemens, Neisser, Doutrebente, Mello-Reis, Keraval et Magnan, la section de psychiatrie adopte, à une forte majorité, le vœu suivant ;

« La section émet le vœu que les quartiers exclusivement cellulaires disparaissent progressivement de nos asiles et que l'alitement soit appliqué aussi souvent que possible dans le traitement des maladies mentales. »

La section aborde ensuite la discussion de la quatrième question :

Résumé du rapport sur *les perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal;* par le professeur de KRAFFT EBING.

Le domaine presque exclusif des obsessions et des impulsions, de même que des perversions sexuelles, c'est la dégénération psychique ordinairement héréditaire. On a droit de les considérer comme des stigmates de cette dégénérescence. La fréquence d'hyperesthésie sexuelle, l'état émotif qui en dépend, expliquent que souvent chez les dégénérés les obsessions touchent la sexualité.

M'accordant aux vues de l'Ecole de l'Asile clinique, je définis l'obsession « un mode d'activité cérébrale dans lequel un mot, une pensée, une image s'impose à l'esprit en dehors de la volonté avec une angoisse douloureuse, qui, la rend irrésistible » (Magnan). Par impulsion je comprends : « un acte consciemment accompli qui n'a pu être inhibé par un effort de la volonté » (Legrain).

Les conditions de l'obsession sont donc : la pleine conscience de l'obsédé, sa lutte contre l'impulsion, l'état émotif avec le désespoir de voir que ses forces psychiques (énergie d'association, volonté) sont impuissantes dans cette lutte et que seulement la réalisation de l'idée dont il est obsédé peut le délivrer de son terrible état. Par conséquent, on ne doit pas confondre avec l'état d'obsession les cas suivants :

1° Les actes sexuels commis par des individus dépourvus d'intelligence et de morale, qui, par ce manque, agissent aussitôt sans aucune lutte dans le sens de leur incitation sexuelle, incapables d'être impressionnés ni retenus par un sens moral ;

2° Les actes sexuels impulsifs commis par des dégénérés se trouvant constamment dans un état d'hyperesthésie sexuelle, qui sous l'influence d'une incitation sexuelle soudaine et accablante sont poussés à l'acte quasi automatiquement sans avoir la faculté d'y réfléchir, ni même en avoir la connaissance ;

3° Les actes sexuels dans des états inconscients épisodiques de délire, commis par des alcooliques, des hystériques, des épileptiques avec amnésie ;

4° Les actes provenant d'inversion sexuelle, laquelle, selon moi, n'est que l'équivalent du sens génital normal.

Mais il y a là des cas exceptionnels où l'intensité et la durée pathologique de l'incitation sexuelle conduisent à des complications que l'on doit admettre comme appartenant à la perversion et à l'obsession. Ce même effet peut se produire par des anomalies qui touchent au mode, au lieu ou au sujet de la satisfaction sexuelle. C'est sans doute l'impuissance qui, sous l'influence de l'hypéresthésie sexuelle dans les vraies perversions, joue un rôle important. Dans ces cas, la perversion sexuelle obsédante apparaît comme équivalent du coït impossible et la réalisation de l'idée

obsédante n'est rien autre que la délivrance d'une émotion sexuelle intolérable. En premier lieu, on doit compter sous cet ordre les groupes sadistiques et souvent aussi fétichistiques des piqueurs de filles, des coupeurs de robes, des frotteurs, des exhibitionnistes, des coupeurs de nattes, des voleurs de linge de femme, de tabliers, de mouchoirs, de souliers, de même que certains cas de bestialité et de pédophilie érotique.

Quant à la diagnose, l'existence apparente d'obsession de même que de perversion sexuelle ne peut être considérée préliminairement que comme l'indice d'une dégénération psychique. C'est seulement après la constatation de cette dernière qu'on a droit de reconnaître ces cas pour des syndromes de cette dégénération. Constatés comme tels, on a la base clinique et solide pour examiner l'action en elle-même, son cours et son mécanisme. Il est important de pouvoir baser la perversion comme telle sur des troubles profonds de la vie sexuelle tout entière.

L'existence d'une obsession au temps de l'action et l'acte même comme impulsion ressortira de l'étude approfondie de l'état d'âme au temps de la réalisation de l'idée obsédante et du mode selon lequel l'action a été commise. On constatera souvent des actions antérieures identiques même sous l'influence de conditions identiques (excès d'alcool, menstruation, accès aigu de névrasthénie, etc.) et avec retour périodique. Il y a du reste des cas rares dans lesquels la lutte a été de très courte durée (cas de transition aux cas purement impulsifs). On doit aussi mentionner des cas où, au comble de la crise, la conscience se trouve troublée transitoirement. Vu que l'obsession ne finit qu'exceptionnellement par l'impulsion, la preuve qu'une obsession était en jeu ne suffit pas pour excuser l'auteur d'un acte criminel. Le point décisif, c'est de fournir les raisons par lesquelles, soit en général, soit dans le cas actuel, l'inculpé se trouvait sous le poids d'une impulsion.

L'irrésistibilité peut être l'effet de l'insuffisance des forces intellectuelles et morales (cas de transition vers le groupe des criminels imbéciles) ; souvent elle est causée par une excitation sexuelle tellement forte (effet de la continence, menstruation) que l'émotion pénible provoquée par l'obsession était surabondamment compensée par l'émotion voluptueuse de l'excitation sexuelle. Très souvent, comme cause de l'irrésistibilité, on trouve l'alcool qui excite la sexualité et abaisse en même temps la force morale. Quant à la responsabilité criminelle, on doit reconnaître que, dans les cas d'obsession où l'irrésistibilité de l'action est prouvée, il n'y a plus crime ni délit.

En cas que le juge n'accepte pas ces états d'obsession-impulsion comme appartenant à la folie, la défense aurait à plaider en prouvant que le prévenu a été contraint par une force (psychique) à laquelle il n'a pu résister (art. 48, Code français, § 52 allemand,

§ 2 lit. g. autrichien). Quand même l'irrésistibilité ne serait pas prouvée, néanmoins, vu sa dégénérescence psychique, dont le prévenu ne peut être considéré coupable, sa culpabilité devrait être atténuée jusqu'au degré le plus étendu que la loi peut accorder.

Résumé du rapport sur *Les perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal;* par le Dr Paul GARNIER.

I. — On ne saurait contester l'importance accordée, aujourd'hui, en médecine légale, à l'étude des perversions sexuelles. La question, éclairée par des documents cliniques de très grande valeur, interprétée, dès lors, d'une manière judicieuse, grâce surtout à la découverte d'analogies saisissantes dans l'ensemble des manifestations si variées de la dégénérescence mentale, a subi une véritable transformation et nécessité une sorte de revision des appréciations portées sur certains faits d'ailleurs fort délicats. Aussi bien, la section de psychiatrie a-t-elle été heureusement inspirée en mettant à l'ordre du jour de ses discussions ce sujet fort intéressant auquel de nombreux travaux, de date relativement récente. donnent l'attrait de l'actualité.

II. — Quelques mots sur l'*obsession* et l'*impulsion* sont nécessaires pour la clarté de ce programme.

A. L'OBSESSION MORBIDE, envisagée dans ses rapports avec les perversions de l'instinct sexuel, se présente naturellement à l'étude avec les grands caractères qui lui sont propres et reconnaît la même dépendance pathogénique générale; ici, comme partout ailleurs, elle n'est qu'une expression symptomatique de la dégénérescence mentale; et, même, ce rapport est si étroit que l'obsession symbolise en quelque sorte l'état dégénératif. L'*émotivité*, véritable stigmate moral du dégénéré, est le principe et la raison même du phénomène, contrairement à ce qu'avait pensé Westphal. La division des obsessions en (*a*) intellectuelles ou idéatives, (*b*) émotives et (*c*) impulsives est donc toute fictive, puisque celui des caractères qui est donné comme particulier à l'une des trois variétés est, en réalité, commun à chacune d'elles. L'obsession est comme un *tic moral*, expression que semblent justifier ses caractères d'incoercibilité et d'automatisme. C'est cette activité involontaire et automatique que les malades désignent souvent par ces formules significatives : « *mon esprit marche malgré moi ; il y a deux personnes en moi* », essayant ainsi de traduire cette sorte de parasitisme qu'ils subissent. Un hôte importun s'est installé; exigeant, intolérant, il commandera tout à l'heure en maître, en dépit des tentatives faites pour son éviction. L'invasion de l'obsession, dont les premières étreintes se font, le plus souvent sentir dans l'enfance ou l'adolescence, est signalée généralement par une *commotion émotive*, que peut seule expliquer, d'ailleurs, une

impressionnabilité maladive, créant un état de réceptivité. Cette circonstance profondément perturbatrice est l'origine d'une série de représentations mentales, d'associations d'idées destinées à l'amplifier, à lui donner l'importance d'un événement susceptible de s'imposer à toute l'existence.

Cette complicité émotive est bien la raison de l'incoercibilité et de l'automatisme ; on oublie assez aisément ce qui n'a eu de place que dans le fugitif mouvement de nos idées ; on oublie moins ce qui a pris rang parmi nos sentiments, nos émotions, nos inquiétudes, nos angoisses.

Syndrome de la dégénérescence mentale, *l'obsession est donc une variété d'automatisme cérébral conscient, imposant à l'esprit d'une façon paroxystique, et sous l'incitation première et essentielle de l'émotivité, une idée, un mot, un nom ou une image, etc., le pliant, enfin, à un tic moral quelconque, en dépit d'une résistance angoissante s'accompagnant de troubles physiques déterminés (sueurs, palpitations, constriction épigastrique, etc.), le malaise de cette lutte ne prenant fin que par la satisfaction du besoin qui amène la détente et clôt l'accès ;*

B. Les termes *obsession* et *impulsion* sont souvent confondus dans le langage courant et employés assez indifféremment l'un pour l'autre. Dans beaucoup de cas, ils apparaissent bien, en effet, comme deux stades d'un même processus ; mais, parfois, s'isolant l'une de l'autre, l'obsession et l'impulsion montrent qu'elles peuvent avoir une existence à part. De plus, socialement et judiciairement, il s'en faut que le terme obsession ait la même portée que le terme impulsion qui constitue une menace plus directe, plus immédiate. En somme, pour se pénétrer souvent, ces deux syndromes n'en sont pas moins distincts.

Toute idée, pour peu qu'elle acquière quelque intensité, devient *représentative du mouvement correspondant* et plus ces représentations mentales s'accumulent et s'irradient, plus leur contenu moteur tend à se dégager. De même que l'*onomatomane, à force de penser le mot,* le trouve tout formé sur la langue et le sent prêt à s'échapper, de même que l'obsession se fait impulsive, une sorte de *mise en train* se produit déjà vers la réalisation de l'acte appétitif. Tantôt l'impulsion est temporisatrice, tantôt elle est soudaine et sidère la volonté ; l'idée devient fait en s'affranchissant de toute préméditation obsédante. C'est d'un seul bond qu'elle va jusqu'à l'acte, au milieu d'une sorte d'éblouissement vertigineux, de convulsion mentale, quoique la conscience reste présente, sinon indemne de toute altération.

On pourrait dire que l'*impulsion est une crise de besoin* alors que l'*obsession n'est encore que l'état de besoin ;* pour décommander l'accomplissement de l'acte, il n'est pas trop de toute l'énergie

inhibitoire du sujet ; l'impulsion est conditionnée d'ailleurs par les mêmes éléments émotionnels qui, sur le fond de dégénérescence mentale, président à la formation de l'obsession.

L'impulsion est une sollicitation motrice, à base émotive, vers un acte appétitif, qui n'inspire aucun délire et que la conscience rejette, mais qui s'impose, parfois, automatiquement à la volonté, avec une irrésistibilité telle qu'elle entraîne la satisfaction du besoin, suivie d'un apaisement immédiat, en lequel se dénoue l'accès.

III. — Si les syndromes *obsession et impulsion* sont essentiellement des stigmates moraux de la dégénérescence mentale, les perversions de l'instinct sexuel, à leur tour, s'annoncent bien nettement comme des tares dégénératives. Il n'est donc point surprenant que leurs manifestations respectives se rencontrent, s'associent, se combinent, au hasard de tel choc émotionnel subi dans l'enfance ou l'adolescence, point de départ des représentations mentales obsédantes et impulsives qui domineront désormais le *curriculum vitæ sexualis*, en réalisant telle ou telle déviation de l'instinct génésique. Cet instinct se présente bien, d'ailleurs, comme l'élément biologique le plus propre à mettre en relief l'émotivité pathologique du dégénéré, par cela même qu'il doit se résoudre en une fonction complexe ayant pour première condition de rapprocher, d'unir étroitement deux êtres hétérosexués aux fins de la perpétuité de l'espèce.

Les perversions sexuelles obsédantes et impulsives qui en résultent peuvent être ramenées à quelques types principaux sur lesquels le médecin légiste est appelé, plus ou moins fréquemment, à se prononcer : 1° *L'exhibitionnisme*, 2° *Le fétichisme*, 3° *Le sadisme* (lequel s'associe souvent au précédent (*sadi fétichisme*). 4° *L'inversion génitale* ou *homo-sexualité* (*uranisme*), 5° *L'érotomanie*. — Il faudrait y ajouter le *masochisme* ou *passivisme*, mais son importance médico-légale étant fort restreinte, il n'y a pas lieu de lui accorder de place dans ce court résumé.

IV. — Exhibitionnisme impulsif. — Les individus que Lasègue a désignés sous le vocable pittoresque d'*exhibitionnistes* ne répondaient pas tous, dans sa description magistrale, à un type uniforme. Parmi eux se trouvaient des déments, des inconscients épileptiques, paralytiques généraux, des alcooliques et, enfin, des obsédés impulsifs. Mais aujourd'hui que les termes de la question sont mieux précisés, c'est vraiment à cette dernière catégorie que convient cette qualification ; ailleurs, il est un acte quelconque né au hasard des manifestations de l'inconscience ; ici, il est *systématique*, intervient comme un *étrange équivalent d'un rapprochement sexuel* ou son substitutif et, cela, en toute connaissance de cause et, au travers des incidents divers des luttes angoissantes de l'obsession impulsive. C'est l'exhibitionniste impulsif que les tribunaux

condamnent itérativement. Pourtant, l'accumulation des récidives la monotonie d'un délit toujours identique à lui-même, l'inefficacité des pénalités finissent par frapper l'esprit du magistrat et c'est bien souvent après toute une série de condamnations que le perverti sexuel comparaît devant le médecin.

Lasègue avait exposé les caractères principaux de l'exhibitionnisme ; mais il appartenait à Magnan et à ses élèves de les préciser et d'interpréter le syndrome avec toute la rigueur clinique désirable : choix d'un endroit déterminé, d'*un poste d'exhibition*, facilitant un étalage à la fois *public et discret*, accomplissement de l'acte appétitif à des heures généralement fixes et répétition de cet acte dans des conditions invariablement les mêmes, irrésistibilité du besoin, lutte angoissante entre l'envie morbide qui commande et la conscience qui apprécie et résiste, limitation étroite de l'appétit à une exhibition en laquelle il se résume, absence de tout acte répréhensible en dehors de cette démonstration singulière, alternance de rémissions et de paroxysmes, tels sont les principaux traits symptomatiques de cette perversion sexuelle. Il faut y adjoindre une fréquente frigidité.

Lorsqu'on fouille attentivement les antécédents de l'exhibitionniste-impulsif, on y trouve, d'ordinaire, tout un ensemble de signes révélateurs de l'état de déséquilibration mentale et parfois, aussi, d'autres syndromes coexistant avec cette perversion sexuelle. Enfin, une enquête minutieuse permet, fréquemment, de saisir la circonstance de la vie, le *choc émotionnel*, à la suite desquels les représentations mentales obsédantes se sont développées pour aboutir au dénouement de cet automatisme cérébral conscient, c'est-à-dire à la satisfaction du besoin.

L'exhibitionnisme impulsif, syndrome de la dégénérescence mentale, est donc : *Une perversion sexuelle obsédante et impulsive, caractérisée par le besoin irrésistible d'étaler en public et, généralement, avec une sorte de fixité d'heure et de lieu, ses organes génitaux, à l'état de flaccidité, et en dehors de toute manœuvre lubrique ou provocatrice, acte en lequel se résume l'appétit sexuel et dont l'accomplissement, en mettant fin à la lutte angoissante, clôt l'accès.*

V. — Fétichisme. — Il existe tout un groupe de pervertis sexuels dont l'anomalie se traduit par une *paresthésie* de l'instinct (Krafft-Ebing) ayant pour effet de placer la production de l'orgasme génital sous la dépendance nécessaire et exclusive d'un excitant déterminé : *le fétiche*. Commotionné, alors qu'il est enfant ou adolescent, par une impression forte, d'ordre sexuel, le perverti fétichiste ne pourra plus guère avoir pour objectif dans les choses de l'amour, que le rappel de cette impression, tellement a été tout de suite étroit le rapport entre la sensation et l'idée représentative. *Anesthésié*, en quelque sorte, pour ce qui est des impressions dont

le *consensus* engendre, d'ordinaire, l'excitation sensuelle, il gardera seulement un point d'*hyperesthésie* amoureuse. C'est une singulière interférence grâce à laquelle *la partie prime le tout*, le détail se substitue au principal. Pour le fétichiste, *ce détail est tout*, il compte plus que la femme elle-même dont la possession arrive à être chose indifférente. Dans cette étrange hérésie de l'amour, la femme perd donc, à peu près, ses droits en tant qu'être destiné à charmer l'homme, à le solliciter à l'acte où tend l'espèce dans son mystérieux besoin d'assurer sa perpétuité. Tantôt le fétichisme est *impersonnel*, c'est-à-dire ne recherche qu'un objet de la toilette féminine (bottines, mouchoirs, tabliers, bonnet, etc., etc.) tantôt il est *corporel* et ne vise, en ce cas, qu'une partie déterminée des formes féminines, ou tel attribut de son sexe (mollets, pieds, seins, proéminences fessières, cheveux, etc., etc.). Syndrome de la dégénérescence mentale, le *fétichisme est une perversion sexuelle obsédante et impulsive conférant tantôt à un objet auquel nos usages prêtent une signification sexuelle* (fétichisme impersonnel) *tantôt à une partie du corps* (fétichisme corporel) *le pouvoir exclusif de produire l'orgasme génital, le fétiche étant, soit directement, soit par évocation ou représentation mentale, l'élément à la fois nécessaire et suffisant de l'excitation sexuelle.*

VI. — Sadisme et sadi-fétichisme. — *A*. Si l'homme qui apporte dans l'accomplissement des rapports sexuels un raffinement cruel et une sorte de férocité peut bien n'être qu'un individu vicieux et brutal cédant à la *colère de la volupté*, c'est bien, par contre, à un dégénéré psycho-sexuel, à un malade qu'on a affaire, lorsque l'individu obéit à une obsession impulsive irrésistible s'accompagnant de phénomènes spéciaux. Pour le perverti sexuel sadique, il s'établit un rapport entre le spectacle de la souffrance infligée et l'excitation voluptueuse. Cette corrélation nécessaire est née d'un incident mis en valeur par un état de réceptivité émotive et de désharmonie fonctionnelle. A dater de ce jour marqué par cette commotion émotionnelle, cette sorte de vertige mental initial, la subordination devient de plus en plus étroite entre la cruauté et la volupté. Finalement, les deux éléments se juxtaposent et s'associent, Désormais, ce ne sera plus que grâce à la reviviscence de cette impression ou à sa répétition que l'orgasme génital pourra se produire. A l'inverse du *masochiste* ou *passiviste*, qui n'a de volupté qu'à s'humilier devant l'être aimé et à souffrir *par* lui, le sadique n'a de jouissance qu'à imposer cette souffrance à autrui. Il n'y a donc lieu de reconnaître comme une impulsion morbide sadique que cette perversion sexuelle obsédante et impulsive caractérisée par une dépendance étroite entre le besoin de la cruauté et la production de l'orgasme génital. Rien n'est plus diversifié que la manifestation de l'impulsion sadique; depuis l'acte le plus puéril, le

plus absurde, depuis le sadisme simplement symbolique ou psychique, il y a toute une série d'échelons qui, parcourus un à un, nous mèneraient à la mention des forfaits les plus monstrueux dans lesquels la fureur sadique se dépense en assassinats, en d'atroces mutilations, en vampirisme, en anthropophagie, en nécrophilie. Le crime sadique porte d'ordinaire sa marque d'origine. Produit d'une impulsion se renouvelant avec une sorte de fatalité, il y a comme sa *signature* dans la répétition d'un attentat qui révèle un *système.*

Syndrome de la dégénérescence mentale, le *sadisme pathologique est une perversion sexuelle obsédante et impulsive dont le caractère réside dans une dépendance étroite* entre la *souffrance infligée, ou mentalement représentée, et l'organisme génital, la frigidité restant d'ordinaire absolue dans cette condition à la fois nécessaire et suffisante.*

B. Au premier abord, rien ne semble plus en contradiction que ces deux termes : fétichisme et sadisme ; le premier éveille la pensée d'un culte et tend à exprimer l'humilité de l'adoration ; le second, au contraire, évoque l'idée d'une violence, d'une agression cruelle, et en somme, d'une *manœuvre attentatoire* en vue de la satisfaction d'une sensualité anormale. Pourtant, des observations médico-légales absolument nettes et probantes montrent que les éléments des deux perversions sexuelles se combinent fréquemment pour former un composé hybride qu'il est permis d'appeler le *sadi-fétichisme.* Déjà, on peut trouver un appoint de sadisme dans l'acte du fétichiste *coupeur de nattes* qui éprouve l'orgasme génital lorsqu'il coupe et *violente,* par conséquent, lorsqu'il *mutile* l'objet même de son fétichisme. Tout tend à montrer que la plupart des *flagellateurs* sont des sadi-fétichistes. Mais les cas les plus démonstratifs sont fournis par les *piqueurs de fesses,* les *coupeurs d'oreilles.* De plus, si dans les horribles mutilations, dans le vampirisme et même dans la nécrophilie, le sadique *laisse sa signature,* si on le suit à la trace par la remarque de ses procédés méthodiques, *systématiques,* c'est sans doute parce qu'une attirance spéciale, fétichiste dans son principe, dirige presque invariablement sa main vers un point précis du corps. Mais le sadi-fétichisme n'est pas seulement *corporel,* il peut être aussi *impressionnel.* Comme dans le fétichisme des objets, le désir vise un objet exclusif qui, seul, peut éveiller l'orgasme sexuel ; mais, cette fois, à la condition que l'objet fétiche *subisse les violences* de cet amour et qu'il soit atteint dans son intégrité, qu'il soit lacéré, brisé, souillé, brûlé, détruit par le feu ou des substances corrosives. De tels faits ont une importance médico-légale qui va plus haut que la gravité du délit en cause, car leur interprétation permet de rattacher des actes bien autrement graves au même processus psycho-sexuel.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE.

IX. *Recherches sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* — Co rendus du service pendant l'année 1899, volume XX, par NEVILLE. Bureaux du *Progrès médical*, 1900.

Le volume XX de cette collection si riche en documents est être un des plus intéressants qu'ait publié l'auteur. La pre partie, consacrée à l'histoire du service (Bicêtre et fondation pendant l'année 1899, attire et retient longuement l'atten Le premier chapitre, extrêmement intéressant et instructif donne en effet le schéma de la méthode de l'auteur. — Les complets ne sont pas tous incurables, on peut les améliorer à degré très notable.

Bourneville nous montre, avec dessins nombreux les reils employés pour donner de la force aux membres, et résultats très encourageants obtenus. Plus brillantes encore plus dignes d'intérêt pratique sont les pages consacrées à l'éd tion de l'idiot valide. A la petite école, rationnellement et tifiquement la gymnastique, l'escrime, la danse sont utilisées l'éducation et le développement des membres. Successivement éduque les jambes, la main, la parole, le dessin et l'écriture; très nombreux dessins nous montrent les appareils à emplo le meilleur moyen de les utiliser et les résultats qu'on peut obtenir. Une fanfare et un orphéon permettent de compléter éducation générale. Les résultats montrent ce que peut l'én et la persévérance d'un homme qui a consacré toutes ses forces traitement des arriérés. Des idiots gâteux deviennent pro mangent seuls, s'habillent, apprennent à lire et à écrire, quel uns à faire de la musique. Bourneville a donné cette année un loppement très détaillé à la première partie de son compte re Il faut l'en remercier. En nous faisant mieux connaître ses procé il nous permet de mieux les apprécier et d'en comprendre tou portée et l'intérêt.

Relevons encore dans cette première partie les statistiques tives à l'état du thymus et du corps thyroïde, et les tabl décès avec un résumé clinique et anatomo-pathologique de ch observation.

Malgré les résultats obtenus, Bourneville veut encore Les écoles primaires dans les grandes villes devraient être vues de classes spéciales pour les enfants arriérés. Une enq été faite sur le fonctionnement de ces classes en Suisse, en A

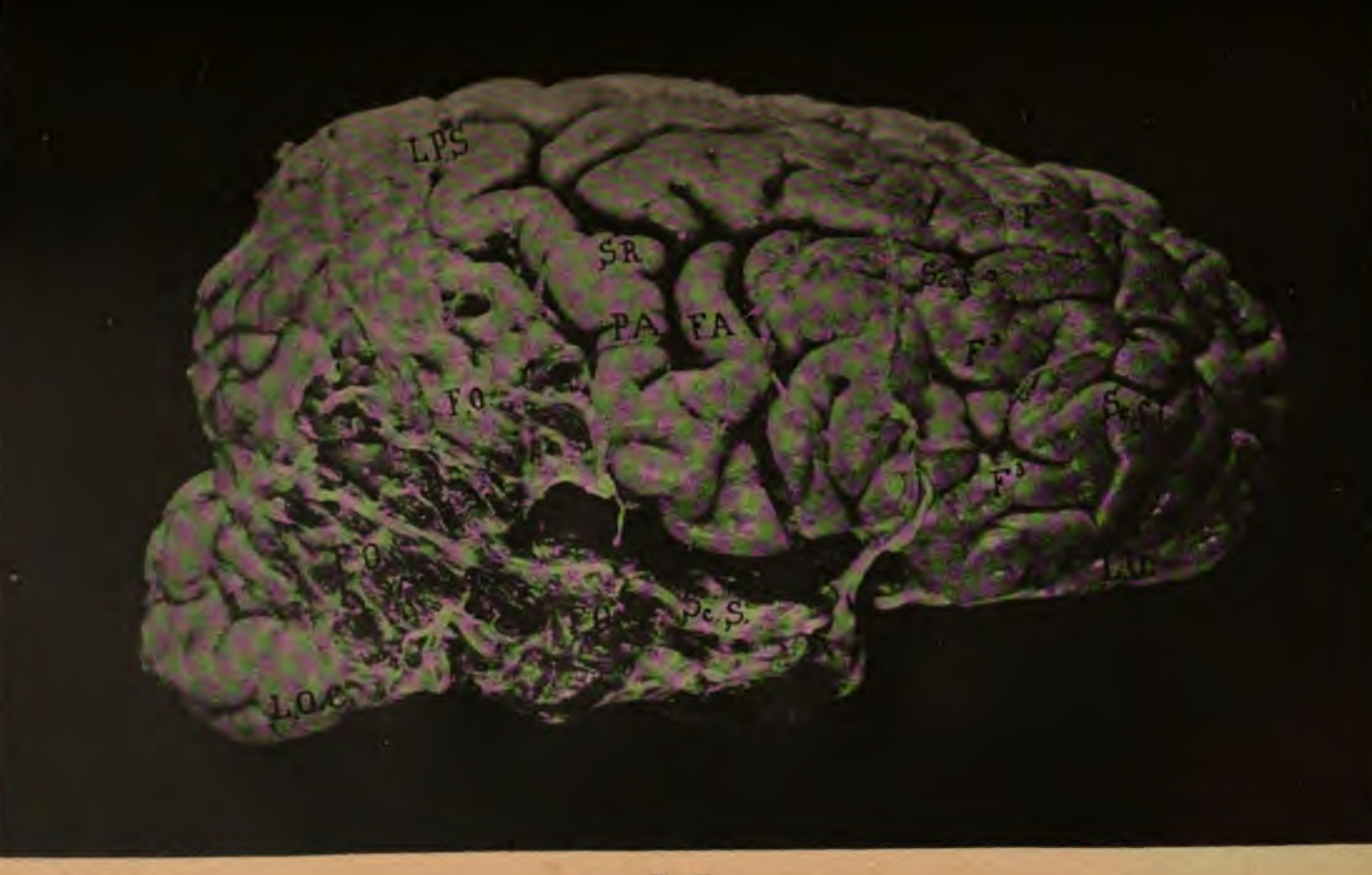


Fig. 15.

terre, en Belgique, en Allemagne. Les résultats sont ind... Il s'agit d'en faire profiter notre pays. C'est à cette nouv... que se consacre Bourneville.

La seconde partie est attribuée à la clinique et à l'a... pathologique. Le traitement de l'épilepsie est encore bien... et ses résultats bien précaires. Ni l'éosinate de soude, ni... barbe, n'ont montré aucune efficacité. Deux observations... montrent l'influence néfaste de l'alcoolisme sur la produc... l'idiotie, de l'épilepsie, de la dégénérescence. D'ailleurs... d'autres observations de l'ouvrage (hystérie mâle) on r... cette influence terrible de l'alcool.

L'hystérie infantile est une cause d'arriération intellectue... guérit facilement par le traitement médico-pédagogique.

L'idiotie relève de lésions cérébrales variées : sclérose atrop... sclérose tubéreuse ou hypertrophique : des observations très ... plètes, des photographies parfaitement faites des cerveaux ... mettent de se rendre compte de la clinique et de la lésion.

Les deux planches que nous reproduisons, concernant ... d'*idiotie symptomatique d'une destruction complète du lobule de l'in-sula* qui n'est plus représenté que par une plaque noire et de *... rose atrophique du lobe sphénoïdal* permettant de se rendre com... des planches qui illustrent le volume (*fig.* 15 et 16).

L'importance du thymus a longuement attiré l'attention ... l'auteur. Sur son inspiration, son interne Katz a examiné le thy-mus de 61 enfants de l'hôpital des Enfants-Malades, par suite ... des enfants normaux. Chez tous, le thymus a été trouvé. Ch... enfants normaux, le thymus existe toujours: chez les enfants ... rés, idiots, imbéciles ou épileptiques, il manque dans 73 p. 10... cas (Bourneville).

A relever une observation fort intéressante de *sclérose en p... disséminées chez l'enfant*. Bourneville en possède encore ... autres observations, dont il donnera l'observation. Ces faits ... fort importants à suivre, car ils touchent à un sujet enco... discuté.

Un *zona du tronc* a reproduit intégralement la topogra... troisième nerf intercostal. Si cette observation ne permet ... trancher la discussion en suspens au sujet du siège de la ... anatomique du zona, et malgré la présence de troubles ... nullement en rapport avec la distribution du nerf, elle est ... en opposition avec la théorie spinale de Brissaud.

Complété par une observation d'*hydrocéphalie*, l'*odyssée ... épileptique*, un cas de *folie de l'adolescence*, ce volume prendra ... parmi les meilleurs de cette collection, si riche en faits et en matériaux de toutes sortes.

MIRALLIÉ.

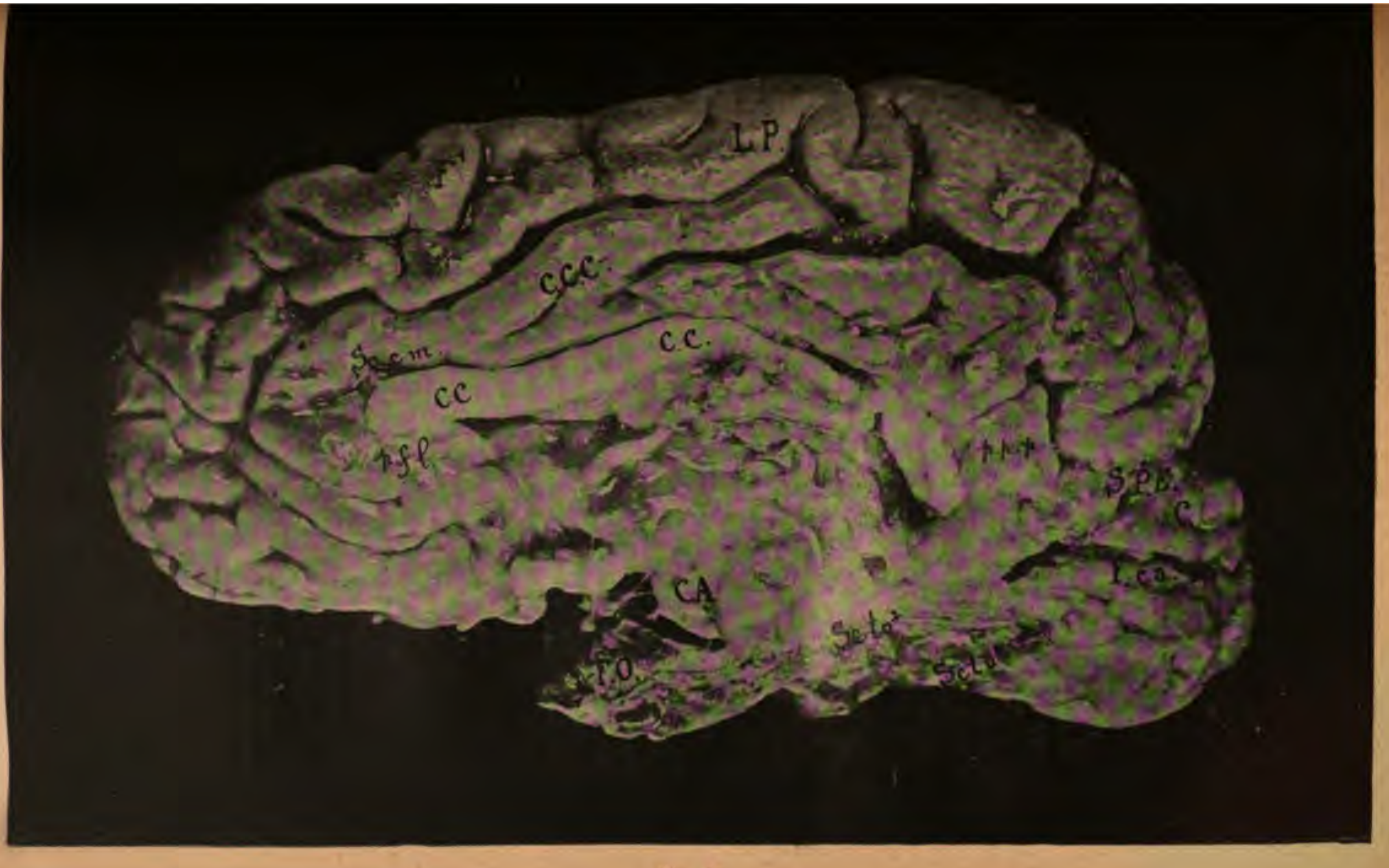


Fig. 16.

VARIA.

TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE.

Nous croyons utile de reproduire les pages suivantes de Leuret, empruntées à son beau livre : *Le traitement moral de la folie*. On verra avec quelle bonne volonté le Conseil général des hospices a encouragé l'initiative de Ferrus, de Leuret, etc.

« Des trois hospices de Paris, Bicêtre est le mieux partagé, quant au nombre et à la variété des travaux exécutés par les aliénés. Pinel avait désiré que l'exploitation d'une ferme fût confiée aux aliénés de Bicêtre ; ce désir, qui était aussi celui de M. Desportes, a été réalisé par le Conseil des hôpitaux, sur la demande de M. Ferrus, qui n'a pas craint d'envoyer travailler les aliénés dans les champs, de mettre entre leurs mains des instruments aratoires, et qui n'a jamais eu lieu de se repentir d'avoir donné à ses malades cette marque de confiance.

« Depuis que j'ai succédé à M. Ferrus dans le service de Bicêtre, j'ai continué, sur ce point, ce qu'il avait si heureusement entrepris, et je n'ai eu qu'à m'en féliciter. M. Mallon, directeur de Bicêtre, laisse rarement les aliénés valides sans ouvrage ; en été, tous ceux qui peuvent travailler vont aux champs ; l'hiver on les occupe ordinairement à des travaux de terrassement. Quant au petit nombre de ceux qui, ne pouvant travailler, ne sont cependant ni assez forts, ni assez sages pour être envoyés au dehors, on les occupe à faire des paillassons ou des chapeaux. J'avais vu, à Halle, M. Damerow occuper de cette dernière façon, la plupart de ses malades, j'ai cru bon d'imiter cet exemple à Bicêtre, et j'y ai réussi sans peine, aidé que j'étais par la constante bonne volonté de MM. Desportes et Mallon [1].

« Dans plusieurs hôpitaux, on a, depuis quelques années surtout, senti la nécessité de réunir les aliénés pour prendre leurs repas : c'est un moyen de les faire manger proprement, d'encourager à manger, ceux qui, par mauvais vouloir ou par oubli, pourraient

[1] Dans ce temps-là, il y avait des administrateurs éclairés qui encourageaient l'initiative des médecins. Les hôpitaux étaient gérés par le Conseil général des hospices. Aujourd'hui, le chef-lieu supprime *toute* initiative, seul il sait tout, les directeurs des hôpitaux n'ont aucune initiative, l'on ne veut pas consulter les médecins (puisqu'on sait tout) et on se propose de boycotter ceux d'entre eux qui voudraient voir notre organisation devenir vraiment humaine et être à la hauteur des administrations étrangères. (B.)

en être privés ; enfin c'est une ressource de plus, pour établir, entre eux, des rapports de société et les distraire. M. Ferrus avait obtenu que plusieurs centaines d'aliénés incurables fussent réunis à la même table : on leur apportait et on leur apporte encore maintenant à chacun, leur portion que l'on sert devant eux et qu'ils mangent plus ou moins proprement. Il y a peu de mois que, sur la proposition de deux de ses membres, MM. le comte Hervé de Kergorlay et Cochin, le Conseil général des hôpitaux a ordonné qu'un *réfectoire* serait établi pour les aliénés en traitement. Comme, alors, j'étais déjà seul chargé du service de Bicêtre, j'ai eu à m'occuper de désigner les malades qui seraient admis à cette table et de les classer. J'en ai choisi quatre-vingts, et je les ai divisés par série de dix individus : dans chaque série, j'ai pris un chef qui a eu pour fonction de réunir ses commensaux, de les conduire à la salle à manger, d'avoir soin qu'en entrant, chacun se découvre et se lave les mains, de faire les honneurs de la table et de veiller à ce que, le repas fini, chacun remette sur son assiette, sa cuillère, sa fourchette et son couteau ; car je n'ai pas craint de leur donner des couteaux, à la condition bien entendu, qu'ils ne les emporteraient jamais, et en prenant mes précautions pour connaître, de suite, celui qui ne se conformerait pas à ce devoir.

« Dès la première fois, tout s'est passé en ordre, et depuis lors, c'est une faveur à accorder aux aliénés, que de les faire manger au réfectoire, et cette faveur tourne au profit de leur guérison. Je n'ai admis à la table des aliénés, aucun infirmier ; je n'ai pas voulu non plus que les portions fussent coupées à l'avance, parce que j'ai tenu à ce que tout se fît sans autorité apparente, et en éloignant autant que possible ce qui rappelle l'hôpital. Chaque chef de table doit savoir le nom de ses commensaux, veiller à ce que chacun d'eux soit bien servi, et les traiter comme s'il les eût invités à manger chez lui.

« En même temps qu'il a ordonné l'établissement d'un réfectoire, le conseil a fait ouvrir une *école* destinée à l'enseignement de la lecture, de l'écriture, du calcul et de l'orthographe. L'hospice de Bicêtre étant destiné à des individus qui appartiennent presque tous à la classe pauvre et malheureusement ignorante, l'établissement d'une pareille école a, pour eux, une double utilité, celle de les instruire et de les distraire.

« Je profite des ressources que me présente l'école pour exercer l'intelligence de mes malades, ignorants ou instruits, et je multiplie, autant qu'il est en moi, les occupations de ceux qui y sont admis. Les malades réunis, à l'école, au nombre de deux ou trois cents, quelquefois plus, j'en désigne quelques-uns pour faire la lecture à haute voix, pour réciter des vers ou pour chanter. La lecture est faite ordinairement par plusieurs malades qui, ayant chacun un exemplaire d'un même livre, tantôt lisent alternative-

ment les phrases d'une histoire, tantôt lisent des passages tout entiers, et sont remplacés par ceux que je désigne. Cette lecture, quoique faite sur des tons différents, n'en est pas moins intéressante pour ceux qui écoutent, et elle oblige ceux qui lisent bas à être attentifs, parce que d'un moment à l'autre, ils s'attendent à ce que je les inviterai à lire tout haut.

« Quelques-uns commencent cet exercice d'assez mauvaise grâce, se font prier ou se laissent gronder, mais une fois qu'ils ont surmonté leur première répugnance, animés par l'exemple des autres et par la présence d'un nombreux auditoire, ils font des efforts pour se bien acquitter de leur tâche, et cette tâche ne tarde pas à être pour eux un plaisir. Ceux qui lisent bien entraînent les autres, et bientôt l'amour-propre se mettant de la partie, devient un conseiller plus puissant et mieux écouté, que je ne pourrais l'être moi-même.

« Les lectures dialoguées ont quelque chose de plus piquant que les lectures ordinaires. Je citerai par exemple, la lecture de ce dialogue si comique de Trissotin et de Vadius, dans les *Femmes Savantes* de Molière. Nous avons déjà répété quelques pièces : celle des *Plaideurs*, celle de *Bruéis et Palaprat*, etc.; j'ai soin de choisir les pièces et les acteurs ; les pièces gaies sont celles que je préfère. Je ne veux rien de dramatique, et j'ai soin de repousser tout ce qui prêterait à faire quelques allusions inconvenantes. Quant aux acteurs, je ne prends pas ceux qui peuvent le mieux réciter leur rôle, mais ceux auxquels le rôle doit être le plus utile : ainsi les apathiques et les lypémaniaques sont ceux qne je m'efforce le plus de mettre en avant, car mon but est, on le comprend bien sans qu'il soit besoin de le dire, non pas de faire jouer la comédie, mais de guérir mes malades.

« J'ai voulu aussi essager de la *musique* et du *chant*. Il est peu de médecins d'aliénés qui n'aient eu recours à ces moyens de distraction, soit parmi les anciens, soit parmi les modernes. Les tentatives qui ont été faites, dans ce genre, m'ont paru néanmoins trop incomplètes, pour résoudre la question de l'efficacité qu'elles peuvent avoir dans le traitement de la folie, et j'adresserai à ceux qui ont fait ces tentatives un reproche, celui de les avoir trop promptement abandonnées.

« Comme je n'avais à ma disposition, ni chanteur, ni musicien, il m'a fallu en chercher parmi les aliénés. J'avais un malade, ancien ménétrier, dont jusqu'alors je n'avais pu rien tirer. Il se croyait poursuivi par la police, et n'osait ou ne voulait pas bouger. Pour le faire lever, le faire marcher, pour le nourrir, il fallait recourir aux instances et même à la contrainte. Je ne savais plus guère comment m'y prendre, afin d'agir sur lui, quand je songeai au violon. Je conduisis le malade dans la salle de bains, je fis couler, devant lui, la douche, et je lui présentai, en même temps,

un violon ; il devait choisir. J'avais une grande peur qu'il ne choisît la douche. Il hésita quelque temps, mais enfin le souvenir de sa profession l'emporta ; il prit le violon et joua un air, celui qu'il voulut : la *Marseillaise*. Il fallait vite obtenir quelque chose de plus. Je le conduisis à l'école, quelques malades s'y trouvaient que j'engageai à chanter, mon ménétrier les accompagna. Ce n'est pas ici le lieu de raconter l'histoire de cet homme ; j'en parlerai plus loin, avec tous les détails nécessaires ; j'ajouterai seulement, ici, que deux mois environ après avoir repris son instrument, il est sorti guéri pour continuer l'exercice de sa profession, et que pour tout traitement, j'ai exigé qu'il fît de la musique.

« Un musicien trouvé, des chanteurs se présentèrent, et, en peu de jours, on fut en état de chanter avec ensemble et harmonie. Maintenant, après nos séances de lecture, on égaie la matinée par quelques chansons, aux choix desquelles j'apporte une assez grande sévérité, et j'ai la satisfaction, en quittant mes malades, de leur laisser quelques idées et quelques sensations douces qui, se multipliant chaque jour, chez ceux qui sont curables, ne peuvent manquer de favoriser leur retour à la raison.

« Deux fois par semaine, nos réunions, plus solennelles que celles des autres jours, ont pour but de chanter en musique ; si le temps est mauvais, nous restons dans la salle de l'école ; s'il fait beau, nous nous rendons dans un grand jardin attenant à l'hospice, et là, tous nos malades rangés avec ordre autour des musiciens et des chanteurs, assistent à une sorte de *concert*, auquel un certain nombre d'entre eux ne manque jamais de prendre part. Les musiciens sont pris parmi les aveugles de l'hospice ; les chanteurs parmi les aliénés.

« Cette institution se perfectionnera, je l'espère ; plusieurs membres du Conseil, parmi lesquels je ne puis m'empêcher de citer avec reconnaissance MM. Hervé de Kergorlay et Cochin, en ont suivi et secondé les progrès. M. Wilhem, qui a si heureusement institué des écoles de chant, dans tous les quartiers de Paris, m'a offert le secours de son expérience, et, témoin de nos premiers essais, il a conçu un projet d'éducation musicale adapté à l'état intellectuel de nos malades, projet que j'espère pouvoir bientôt mettre à exécution.

« Toutes les fois que le temps le permet, les malades, qui sont en état de marcher, et qui ne peuvent pas ou qui ne veulent pas travailler, sont réunis dans les cours de l'hospice et exercés à la *marche* comme les soldats à l'exercice. L'imitation est un levier si puissant, même sur les hommes les plus paresseux et les plus obstinés, que j'en ai vu plusieurs, parmi ces derniers, qui, se refusant d'abord à tout, ont cependant consenti à marcher. C'est un commencement d'action méthodique, régulière, raisonnable, et cette action conduit à d'autres.

« Pour commander les *marches* et les *évolutions*, je n'emploie jamais aucun surveillant, mais seulement des malades. Ceux qui, parmi les malades, font preuve de plus d'intelligence et de bonne volonté que les autres, j'en fais des chefs qui sont en outre l'objet de quelques faveurs, afin d'appeler l'attention sur eux et d'encourager les malades qui voudraient les imiter.

« A l'aide de cette organisation quelque peu militaire, la visite des malades, qu'elle se fasse dans les salles ou dans les cours, devient facile, et je puis, chaque jour, donner au moins un coup d'œil aux aliénés incurables, réservant la plus grande partie de mon temps, pour les aliénés soumis à un traitement actif. Je m'assure si ces pauvres incurables jouissent d'une bonne santé physique, si on les habille convenablement, s'ils se nourrissent bien, s'ils ont quelque réclamation à faire ; enfin, parmi eux, quand j'en aperçois qui ont quelque retour à la raison, je les étudie et je cherche à seconder les efforts de la nature.

« Un commencement de *bibliothèque* ayant été mis à la disposition de l'instituteur chargé de l'école, les aliénés instruits peuvent, le soir et dans les moments de repos du travail manuel, s'adonner à la lecture ; mais ce n'est là qu'une distraction sur laquelle je compte peu ; je conseille plus volontiers aux aliénés instruits, d'aider le professeur, en donnant eux-mêmes des leçons aux ignorants ; de cette façon, le maître et l'élève travaillent, en même temps, à la guérison l'un de l'autre. Jusqu'alors les aliénés se couchaient à la nuit tombante, ce qui chagrinait plusieurs d'entre eux et ce qui nuisait au rétablissement d'un grand nombre, car les longues nuits d'hiver pendant lesquelles ils avaient le temps de délirer à leur aise, et de s'occuper de leurs chimères, devenues plus courtes, à cause de la veillée du soir, sont, au moins en grande partie, employées au sommeil. Faites en sorte qu'un aliéné soit si bien occupé, qu'il ne puisse pas songer à ce qui fait l'objet de son délire ; que le reste du temps soit donné au sommeil, et la guérison ne se fera pas attendre. *Fixer l'attention des aliénés*, c'est là un précepte fondamental pour le traitement de ces malades, précepte donné au moins depuis trente ans, par M. Esquirol, mais trop rarement mis en pratique. (Leuret, *Traitement moral de la folie*, p. 169 à 181.)

« ... Quand j'ai provoqué des idées tristes, ç'a été dans le but de prévenir des idées plus tristes encore, pour faire rechercher le plaisir et en donner. Quelquefois, je me suis attaché à rendre pénibles les idées déraisonnables, afin que le malade fît effort pour les repousser ; et alors, j'ai toujours eu le soin d'en *suggérer* d'autres, conforme au bon sens, et auxquelles je tâchais de donner l'attrait du plaisir. » (*Ibid*, p. 157.)

« ... La volonté des aliénés ne doit pas servir de règle au médecin chargé de les guérir ; leurs répugnances méritent qu'on

en tienne compte, mais non pas qu'on y cède. Organisez des travaux, préparez des ateliers, et avec un peu d'adresse et de persévérance, il ne sera pas difficile d'y envoyer *tous* ou *presque tous* les aliénés valides. Quelques légères privations pour ceux qui n'iraient pas, quelques faveurs à ceux qui s'y rendraient exactement, auraient bientôt peuplé vos ateliers. (*Ibid.*, p. 182.)

« ... Le médecin d'aliénés doit avoir pour but de se rendre maître de tous ses malades ; mais il n'atteindra jamais ce but, s'il ne multiplie, presque à l'infini, ses moyens d'action. Il doit employer suivant le besoin, la rudesse ou les égards, la condescendance ou le despotisme ; il doit flatter ou réprimer certaines passions, tendre des pièges, ou se montrer plein de confiance et de candeur ; en un mot, chercher dans l'esprit de ceux qu'il veut guérir, un ressort, un levier qui, mis en mouvement, redonne à l'entendement, l'énergie ou la rectitude qu'il a perdue. (*Ibid*, p. 292.)

« ... Le premier moyen à employer pour ne plus songer à ses idées folles, c'est de n'en jamais parler, et le second c'est d'être forcé de parler d'autre chose et d'occuper son esprit fortement et assidûment. » (*Ibid.*, p. 383.)

Que reste-t-il de cette organisation *médicale* conçue en vue de l'intérêt absolu des malades? Rien ou à peu près rien. Nous avons essayé de la rétablir sans grand succès (1878-1900). Ce n'est aussi qu'au milieu de difficultés sans cesse renaissantes que nous avons créé et organisé la section des enfants : toute initiative est mal vue, plus que jamais, à l'Administration. (B.)

Kleptomanie.

La manie des livres. — Dans l'après-midi d'hier, un garçon de librairie remarquait un amateur qui mettait sous son bras un livre, un vulgaire livre de 3 francs et s'éloignait. Il l'appela. L'autre répondit : « Ah ! oui, j'oubliais de payer. » Et il sortit son porte-monnaie. Mais son air était si étrange que le vendeur le pria de l'accompagner chez le commissaire de police du quartier. Devant M. Lagaillarde, tout de suite l'amateur avoua qu'il avait voulu voler. Le commissaire s'étonna, car la mise et la profession de M. X... laissaient peu supposer que celui-ci avait besoin, pour vivre, de voler un livre de 3 francs. Et M. X... s'expliqua : il avait pour les livres, pour n'importe lesquels, un goût vraiment maladif; il ne les lisait pas, il ne les vendait pas, il les accumulait.

— Vous n'aviez qu'à les acheter, objecta le commissaire.

— Ce n'est pas la même chose. Lorsque je ne suis pas devant un libraire, je ne pense pas aux livres. Mais, dès que je vois des

livres accumulés, j'ai une envie irrésistible de mettre la main dessus. Dans les premiers temps, j'essayais de lutter contre moi-même ; j'ai été vaincu. Je me laisse faire.

Ce discours, peut-être, n'était-il qu'une défense habile. Le commissaire voulut en avoir le cœur net. Ce matin, il a perquisitionné dans l'appartement qu'occupe, rue Servandoni, avec sa femme et son fils, M. X... Celui-ci avait dit vrai. Les trois pièces de cet appartement étaient pleines d'un amas inconcevable de livres. Il y en avait de tous les formats et de tous les prix, depuis les éditions de luxe, à 30 francs le volume, jusqu'aux volumes à 35 centimes. Il est évident qu'il avait fallu deux ou trois années à M. X... pour réunir une telle collection ; il était non moins évident qu'il ne les vendait ni ne les lisait. M. Lagaillarde, assuré de ne pas avoir devant lui un voleur responsable, a laissé M. X... en liberté provisoire. (*Le Temps*, 5 octobre 1900.)

FAITS DIVERS.

Asile d'aliénés de Naugeat, près Limoges. — Deux places d'internes vont être vacantes dans cet asile. Les avantages sont les suivants : logement, éclairage, nourriture et blanchissage. Le titulaire reçoit un traitement annuel de 800 francs. — Écrire au médecin en chef, directeur, M. le Dr Doursout.

Ecole pratique des Hautes-Etudes. — Le laboratoire de psychologie expérimentale de l'asile de Villejuif vient d'être rattaché à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, et M. le Dr Toulouse, médecin en chef de l'asile de Villejuif, son fondateur, en a été nommé directeur.

Leduc (S.). — *Rhéostat oscillant pour la production des courants ondulés.* — Brochure in-8° de 8 pages, avec 12 figures. — Paris, 1900. — (*Archives d'électricité médicale.*)

Leduc (S.). — *Modifications de l'excitabilité des nerfs et des muscles par les courants continus.* — Brochure in-8° de 8 pages, avec 7 figures. — Paris, 1900. — (*Archives d'électricité médicale.*)

Leduc (S.). — *Réaction de l'urine dans les névropathies. Effets psychiques de la caféine. Badigeonnage de gaïacol contre la fièvre typhoïde hyperpyrétique.* — Brochure in-8° de 2 pages. — Paris, 1899. — (*Association pour l'avancement des sciences.*)

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 10-1900.

Vol. X. Décembre 1900. N° 60.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

Clinique psychiatrique de Montpellier.
(Service du professeur Mairet.)

Recherches sur le réflexe plantaire dans la paralysie générale ;

PAR MM.

ARDIN-DELTEIL, Chef de clinique, médecin adjoint de l'asile public d'aliénés de l'Hérault.

ET

H. ROUVIÈRE, Aide d'anatomie, interne provisoire des hôpitaux de Montpellier.

I. — Il n'est pas d'investigation clinique, dans le domaine des affections nerveuses, qui n'ait, comme complément nécessaire, sinon comme exploration fondamentale, la recherche minutieuse de l'état des réflexes. On reconnait donc implicitement à ceux-ci, malgré la contingence des résultats qu'ils fournissent, une très grande importance tant au point de vue clinique pur, qu'au point de vue de la recherche des processus pathologiques. Qu'il s'agisse des réflexes tendineux, qu'il s'agisse des réflexes cutanés, les études faites à ce sujet sont encore bien loin d'avoir donné tous les résultats que l'on est en droit d'en attendre. Ceci est surtout à remarquer pour certaines maladies du système nerveux central et en particulier pour la paralysie générale.

Frappés, non seulement par la pénurie des travaux sur

cette dernière question, mais aussi par les renseignements contradictoires que la lecture de ceux-ci nous a révélés, nous avons eu l'idée d'étudier plus particulièrement les réflexes dans la paralysie générale, en limitant nos recherches à l'étude du réflexe plantaire et des rapports qu'il peut présenter avec le réflexe rotulien.

Notre prétention n'est pas de faire l'accord entre des opinions discordantes et de trancher, d'un seul coup, la question d'une manière irrévocable.

Ce modeste travail n'a d'autre but que de nous permettre de nous faire une opinion personnelle, basée sur l'examen d'un nombre de cas suffisant et capable de nous donner la raison des divergences que nous venons de signaler.

II. — Avant d'exposer les résultats que nous avons obtenus, nous jetterons un rapide coup d'œil sur les travaux déjà faits à ce sujet, en ne retenant que les conclusions auxquelles ont abouti les différents auteurs.

Seppilli[1] croit remarquer que dans la paralysie générale, le fait le plus fréquent est la permanence et non l'abolition des réflexes tendineux.

Deux ans après, paraît en Angleterre une note dans laquelle Beatley[2] établit que les variétés qui existent dans le réflexe patellaire chez les paralytiques généraux, sont en relation avec un processus pathologique différent dans la moelle. Il divise ainsi en trois types les cas de paralysie générale qui peuvent se présenter.

Premier type. — *Tabétique :* réflexes rotuliens manquent; à l'autopsie on trouve une lésion des cordons postérieurs ;

Deuxième type. — *Paralysie avec sclérose latérale de la moelle :* les réflexes sont exagérés ;

Troisième type. — *Forme cérébrale :* les cordons de la moelle sont intacts, les réflexes rotuliens normaux ou légèrement affaiblis.

Mais jusque-là, dans la littérature médicale, l'on ne trouve rien de bien particulier sur les réflexes cutanés et en parti-

[1] Seppilli. *I reflessi tendinei*, etc. (*Riv. sper. di fren. e di med. legale*), fasc. 3 (1882) et 1 (1883).

[2] Beatley. *General paralysis of the insane.* (*Brain*, p. 65, avril 1885).

culier sur le réflexe plantaire dans la paralysie générale. Dans sa thèse inaugurale, Bettencourt-Rodrigues [1] soutient que l'exagération des réflexes tendineux coïncide souvent avec une abolition complète des réflexes cutanés et spécialement du réflexe plantaire.

Quelques années plus tard, Renaud [2] aboutit à des conclusions toutes différentes. Il admet que, dans la paralysie générale, les réflexes tendineux sont exagérés dans la plupart des cas ; — l'exagération des réflexes qui est la règle au début de l'affection, peut faire place, dans certains cas à l'abolition des réflexes au fur et à mesure que l'affection progresse ; — le réflexe cutané plantaire est altéré dans les deux tiers des cas, et cette altération consiste aussi souvent en exagération qu'en abolition ; — le réflexe plantaire s'exagère surtout chez les paralytiques généraux dont les troubles psychiques l'emportent sur les troubles somatiques ; — contrairement à ce que dit Bettencourt, il n'existe aucun rapport entre l'exagération du réflexe rotulien et une allure particulière du réflexe cutané plantaire.

Ces. Agostini [3] dit que dans la première période de la paralysie générale, il y a défaut ou diminution des réflexes cutanés, sauf le réflexe plantaire qui est exagéré, et accentuation des réflexes tendineux. Dans la deuxième période le réflexe s'exagère encore.

III. — Par ce rapide historique, aussi bref que possible, l'on voit que les résultats des auteurs sont loin de concorder. La question semble donc être à reprendre, d'autant plus que, depuis ces dernières années, entre en ligne la connaissance d'une perturbation dans le réflexe cutané plantaire, ou plutôt d'une modification dans la forme de ce réflexe, dans certains états pathologiques, signalée pour la première fois par Babinski en 1896 à la Société de biologie, et à laquelle on s'accorde pour reconnaître une certaine valeur.

Successivement, dans une communication au Congrès de

[1] Bettencourt-Rodrigues. *Contribution à l'étude des réflexes dans la paralysie générale des aliénés*. Thèse de Paris, 1886.

[2] Renaud. *Etude des réflexes dans la paralysie générale et recherches statistiques sur l'étiologie de cette affection*. Thèse de Paris, 1893.

[3] Ces. Agostini. *Etude sur les réflexes superficiels et profonds comme aide au diagnostic dans les maladies mentales*, 1896.

neurologie de Bruxelles (1897), dans une deuxième note publiée dans les comptes rendus de la Société de biologie et dans une clinique médicale faite à l'hôpital de la Pitié et publiée dans la *Semaine médicale* (1898), Babinski montre l'importance de ce qu'il appelle « *le phénomène des orteils* ». Par sa constance dans certaines affections, avec lésions du système nerveux central, ce phénomène acquiert une signification particulière et devient en quelque sorte « le témoin d'une perturbation dans le fonctionnement du système pyramidal ».

Depuis lors, quelques recherches ont été faites concernant le réflexe plantaire dans les différentes affections du système nerveux central. Nous citerons principalement celles de Cestan [1]. Parmi les malades qu'il a examinés, se trouvent six paralytiques généraux ; chez tous, le réflexe plantaire est normal, ou, pour mieux dire, il y a de la flexion des orteils.

Mais, résumant dans son travail les recherches faites jusqu'alors, Cestan rappelle que Babinski a publié un cas de paralysie générale avec suppression des réflexes tendineux et phénomène des orteils. Et Cestan dit : « Dans la paralysie générale et surtout dans la forme clinique désignée sous le nom de paralysie générale associée au tabes d'origine syphilitique, l'existence du signe de Babinski vient révéler une altération du faisceau moteur volontaire, qui aurait sans lui passé inaperçu, les réflexes tendineux étant supprimés ».

On conçoit donc que, non seulement l'on doive s'attacher à rechercher l'état du réflexe plantaire dans la paralysie générale, mais qu'il soit encore indispensable d'en étudier la modalité, capable de nous permettre d'apprécier avec plus d'exactitude l'état du système nerveux dans cette maladie.

Pour mieux mettre en relief les caractères du réflexe cutané plantaire sous ses différentes formes dans la paralysie générale, nous décrirons en quelques mots ce qu'est ce réflexe à l'état normal.

L'excitation de la plante des pieds provoque généralement une *flexion des orteils* sur le métatarse, flexion surtout marquée dans les derniers orteils et plus forte quand on excite la partie interne de la plante du pied. Dans certains

[1] *Gazette des hôpitaux*, 1900.

cas pathologiques, l'excitation de la plante du pied provoque au contraire *l'extension des orteils*; ce mouvement est *surtout marqué pour les premiers orteils* et en particulier pour le gros orteil. De plus, le mouvement d'extension se fait plus lentement que le mouvement de flexion et devient plus fort pour une excitation de la partie externe de la face plantaire (Babinski). C'est cette modalité pathologique du réflexe plantaire que Babinski désigne sous le nom de « *phénomène des orteils* ». On tend aujourd'hui à l'appeler *signe de Babinski*, et non sans juste raison.

IV. — Nos recherches ont porté sur trente-cinq malades présentant le syndrome de la paralysie générale. Nous aurions pu avoir une base statistique plus importante ; mais nous avons cru devoir éliminer, comme sujets d'observation, certains cas particuliers, pouvant devenir une cause d'erreur dans l'interprétation des différentes formes du réflexe plantaire. C'est ainsi que nous avons laissé de côté ceux de nos malades qui, pour une raison ou pour une autre, présentaient, surajoutés à leurs troubles moteurs, des troubles paralytiques nettement localisés, tels qu'une hémiplégie par exemple. Comme l'a montré Babinski, l'hémiplégie, en effet, peut apporter non seulement une perturbation dans l'intensité du réflexe plantaire, mais aussi un trouble dans la forme de cette réaction motrice. Ceci ressort encore des recherches récentes de MM. Vires et Calmette [1].

La technique que nous avons suivie a été en grande partie celle préconisée par Babinski. Pour l'examen de nos malades, nous avons cherché à obtenir une résolution complète des muscles du membre inférieur. Les malades sont étendus dans le décubitus dorsal, les membres inférieurs un peu fléchis, le pied dans une légère abduction. Nous faisons couvrir les yeux au malade, afin qu'il ne soit pas prévenu des expériences successives que l'on se propose de faire sur lui. Les incitations ont été portées sur les différentes parties de la face plantaire et, en particulier, du côté interne et du côté externe de la plante du pied. Nous avons répété nos recherches à plusieurs reprises et à quelques jours d'intervalle, tantôt en sui-

[1] Vires et Calmette. *Recherches sur le phénomène des orteils* (signe de Babinski). *Société de Neurologie*, 7 juin 1900, et *Nouveau Montpellier médical*, 43e année, 29 juillet 1900.

NOMS	DIAGNOSTIC PATHOGÉNIQUE	PÉRIODE de la maladie	RÉFLEXE ROTULIEN Droit	RÉFLEXE ROTULIEN Gauche	RÉFLEXE PLANTAIRE Droit	RÉFLEXE PLANTAIRE Gauche	OBSERVATIONS
Ba.	Alcoolisme.	1re période	+	+	+	+	
Mar. F. . .	—	—	+	+	+	+	
Gal	Arthritico-alcoolisme.	—	o	o	+	+	
Lun. . . .	Meionexie et alcoolisme.	—	+	+	+	+	
Fo	Alcoolisme.	—	n	n	+	+	L'exagération du réflexe plantaire est toutefois légère.
Co.	—	—	—	—	+	+	
Imb. . . .	Alcoolisme.	—	+	+	+	+	L'exagération du réflexe plantaire est faible. Elle est plus marquée du côté gauche que du côté droit.
Va	Cérébro-alcoolisme.	2e période	n	n	—	—	La diminution est très grande pour les orteils qui réagissent à une incitation. De plus l'abolition du réflexe plantaire est complète pour les deux premiers orteils du côté droit et pour le gros orteil du côté gauche. Quand le malade marche, il appuie davantage sur le pied gauche et frappe avec la pointe du pied lorsqu'il a déjà placé le talon.
Ri.	Alcoolisme.	2e période	+	+	—	—	
Raf	Alcoolisme et prédispositions cérébro-arthritiques.	3e période	o	o	—	—	
Mar	Hérédité alcoolico-arthritique. — Excès de tous genres.	2e période	o	o	--	—	La diminution du réflexe plantaire est surtout très notable pour le gros orteil des deux

							côté gauche.
Mme Cré . .	Alcoolisme.	2e période	+	+	—	—	La malade marche très difficilement. Elle porte le poids du corps en avant et écarte la base de sustentation.
Mlle St-Au .	?	3e période	o	o	—	—	
Cha	*Syphilis.*	1re période	+	+	—	—	On observe une légère flexion des quatre derniers orteils. Le gros orteil ne bouge pas.
Pag. P . .	Alcoolisme.	3e période	+	+	n	n	Le réflexe plantaire semble plus vif à droite qu'à gauche.
Arb	—	1re période	n	n	n	n	
Cav	—	1re période	+	+	n	n	L'exagération du réflexe rotulien est très légère.
Po. A. . .	Alcoolisme et artério-sclérose à la production de laquelle l'alcoolisme a joué un rôle.	2e période	o	o	o	—	La diminution du réflexe plantaire du côté gauche s'accompagne de retard. La marche est difficile — steppage peu marqué.
Aud	?	1re période	+	—	+	—	
Sei	Alcoolisme.	1re période	n	n	o	—	
Azé	—	1re période	+	+	n	—	L'exagération du réflexe rotulien existe beaucoup plus marquée à gauche qu'à droite. La diminution du réflexe plantaire du côté gauche est très grande.
Pen	Alcoolisme.	1re période	—	—	n	n	Il est à remarquer que, pour une incitation quelconque du réflexe plantaire, le gros orteil ne bouge pas.
Rav	—	2e période	+	+	—	—	Le réflexe plantaire n'existe que pour de très fortes incitations. Du côté droit les quatre derniers orteils seuls se fléchissent.

NOMS	DIAGNOSTIC PATHOGÉNIQUE	PÉRIODE de la maladie	RÉFLEXE ROTULIEN		RÉFLEXE PLANTAIRE		OBSERVATIONS
			Droit	Gauche	Droit	Gauche	
Ch.	Excès de travail.	1re période	—	—	—	—	Du côté gauche la flexion n'existe que pour les quatre derniers orteils.
Dus	Alcoolisme et *syphilis* probables.	2e période	n	n	—	*Extension des orteils.*	L'extension des orteils observée pour le pied gauche est surtout marquée pour les quatre derniers orteils. La jambe droite paraît plus faible. Dans la démarche, l'on n'observe qu'une légère hésitation.
Arn	Meionexie par cérébralité due très probablement à du rhumatisme.	2e période	+	+	*Extension des orteils.*	—	Dans les deux pieds, pour toute incitation, l'on n'observe aucune réaction du côté du gros orteil. Le malade est atteint de mal de Pott.
Lau	*Syphilis* avec manifestation de syphilis cérébrale.	3e période	+	+	*Extension des orteils.*	*Extension des orteils.*	Pour le pied droit, l'extension des orteils n'existe que pour le gros orteil. Le réflexe rotulien est plus exagéré à gauche qu'à droite. L'on observe : de la ptose de la paupière supérieure gauche, de la paralysie des muscles droit externe et droit inférieur de l'œil gauche. La démarche est hésitante. On remarque enfin une très grande ataxie

					des orteils.	*des orteils.*	pour les quatre derniers orteils ; elle est très pénible pour le gros orteil. L'exagération du réflexe rotulien est plus marquée à droite. La jambe droite est plus faible, et le malade, en marchant, appuie sur cette jambe.
Mar. Nem.	*Syphilis.*	3e période	+	+	*Extension des orteils.*	*Extension des orteils.*	Le mouvement d'extension des orteils est beaucoup plus marqué pour les derniers orteils que pour le premier. Le malade présente, de plus, du strabisme convergent du côté gauche. La démarche est paraplégique : le malade traîne les deux jambes et beaucoup plus la jambe droite que la jambe gauche.
Gib	*Syphilis.*	2e période	n	+	*Extension des orteils.*	*Extension des orteils.*	L'extension des orteils est peu intense. Elle est plus marquée du côté gauche que du côté droit.
Mlle Ram. .	?	2e période	+	+	n	n	
M. Can. . .	Alcoolisme et *syphilis* probable.	2e période	+	+	*Extension des orteils.*	—	L'extension des orteils que l'on trouve à droite est plus marquée pour les quatre derniers orteils. Ce mouvement d'extension est toutefois très léger. Le réflexe rotulien est plus exagéré à droite qu'à gauche. L'on observe enfin de la paralysie du voile du palais.
M. Bal. . .	?	2e période	+	n	n	n	La jambe droite semble plus faible que la jambe gauche.

vant la technique que nous venons d'indiquer, tantôt en faisant asseoir les malades sur le bord de leur lit, les jambes pendantes, et en supprimant le plus possible toute contraction musculaire. Disons enfin que, pour chaque malade, nous sommes passés successivement des incitations faibles aux fortes incitations, c'est-à-dire de la chatouille la plus légère à la piqûre d'épingle. Dans les mêmes séances, on examinait l'état du réflexe rotulien.

Le tableau ci-après résume les résultats que nous avons obtenus pour chaque malade. Afin de rendre ce tableau à la fois plus simple et plus clair, nous avons employé des signes particuliers représentant soit une exagération, soit une diminution, soit l'état normal, ou enfin une abolition du réflexe rotulien ou du réflexe plantaire.

Le signe	+	veut dire :	exagération.
—	—	—	diminution.
—	o	—	abolition.
—	n	—	état normal.

Quant aux perturbations des réactions motrices observées dans nos diverses expériences, présentant quelques particularités, nous les signalons, ainsi que certains caractères particuliers présentés par nos malades, dans la colonne « Observations ».

V. — Un simple coup d'œil jeté sur le tableau précédent montre que, sur trente-cinq cas de paralysie générale, on observe :

Exagération du	réflexe plantaire :	des deux côtés	7	fois.
—	—	d'un seul côté	1	—
Diminution	—	des deux côtés	11	—
—	—	d'un seul côté	6	—
L'état normal	—	des deux côtés	6	—
—	—	d'un seul côté	1	—
L'abolition	—	des deux côtés	0	—
L'extension des orteils	—	des deux côtés	4	—
—	—	d'un seul côté	3	—

Ce tableau montre aussi que l'état du réflexe plantaire peut, chez le même individu, varier suivant le côté que l'on considère, et se montrer par exemple exagéré ou aboli d'un côté, et se trouver normal, ou diminué ou perverti du côté opposé, ou inversement. — En résumé :

A. *En ce qui concerne l'état du réflexe plantaire :* 1° Dans la paralysie générale, le réflexe plantairé serait plus souvent diminué qu'exagéré ; il serait quelquefois normal et très rarement aboli ;

2° En outre, dans un certain nombre de cas spéciaux, le réflexe subirait une perturbation rappelant celle désignée par Babinski sous le nom de phénomène des orteils. — Toutefois, la modalité que nous ont présentée nos malades, est légèrement différente de celle observée par Babinski, dont il ne faut pas oublier que les recherches ont porté principalement sur des hémiplégiques organiques.

L'extension des orteils, quoique nettement marquée, est en général peu intense. En outre, le mouvement d'extension est beaucoup plus marqué pour les quatre derniers orteils (6 fois sur 7), le gros orteil restant parfois immobile. Une seule fois nous avons obtenu une extension très nette et très prononcée du gros orteil pareille à celle indiquée par Babinski.

B. Si nous étudions maintenant comparativement l'état du réflexe plantaire et du réflexe rotulien, et si nous cherchons à établir un rapport entre l'état de ces réflexes et la période évolutive à laquelle est parvenue la paralysie générale, d'une part, et la nature de cette maladie d'autre part, nous voyons que :

1° *a*). Il n'existe aucun rapport entre le réflexe plantaire et le réflexe rotulien dans la paralysie générale vraie.

b). Au contraire, dans quelques cas de paralysie généralisée syphilitique (pseudo-paralysie générale syphilitique des auteurs), il nous a paru exister une relation assez constante entre l'état du réflexe rotulien et celui du réflexe plantaire. Nous avons observé, en effet, dans ce cas, la concomitance de l'exagération du réflexe rotulien avec un mouvement d'extension des orteils.

2° Quoique, d'une façon générale, on ne puisse affirmer a priori une relation quelconque entre la période d'évolution de la maladie et une allure particulière du réflexe cutané plantaire, nous pouvons cependant dire :

a). Que, *dans la première période*, nous l'avons trouvé tantôt normal, tantôt diminué, tantôt aboli, tantôt exagéré. L'exagération du réflexe se rencontrerait beaucoup plus

fréquemment à cette période que les autres modifications (7 fois exagéré, 3 fois diminué, 3 fois normal).

b). Que, *dans la deuxième période,* le réflexe plantaire ne s'est jamais trouvé exagéré. Il a été ou normal (2 fois), ou, le plus souvent, diminué (6 fois).

c). Enfin, *dans la troisième période*, nous ne l'avons trouvé jamais exagéré, et plus souvent diminué que normal.

Ce qui précède s'applique uniquement aux modifications quantitatives du réflexe ;

3° On ne peut établir une relation quelconque entre l'état des réflexes soit rotulien, soit plantaire, et la nature de la paralysie générale observée. Ceci pour la paralysie générale vraie.

4° Au contraire, dans la plupart des cas de paralysie généralisée syphilitique, nous avons observé une modalité particulière du réflexe plantaire rappelant le signe de Babinski et décrite plus haut (voir A, 2°).

a). Sur sept malades, présentant une démence avec troubles paralytiques d'origine syphilitique, six d'entre eux, tous parvenus soit à la période d'état, soit à la période de déclin de la maladie ont présenté cette modalité ; celle-ci s'est toujours trouvée correspondre à de l'exagération du réflexe rotulien.

b). Sur quatre de ces six malades, l'extension des orteils se produisait également du côté droit et du côté gauche ; chez les deux autres elle n'existait que d'un côté seulement, le pied du côté opposé présentant alors une simple diminution du réflexe plantaire.

c). Le septième malade, tout à fait à la période initiale de sa cérébropathie syphilitique, ne nous a présenté que de la diminution du réflexe cutané plantaire, sans aucune perturbation, mais coïncidant avec l'exagération du réflexe rotulien.

5° Enfin, nous avons rencontré l'extension des orteils, en dehors de la catégorie précédente, chez un seul paralytique général. Celui-ci était en même temps atteint d'un ancien mal de Pott, avec déformation de la colonne vertébrale. Il n'existait chez lui aucun trouble paraplégique indiquant une altération médullaire quelconque. Le signe de Babinski avec l'exagération des réflexes rotuliens, venait cependant révéler

l'existence d'un trouble latent du système pyramidal, mais tout à fait indépendant, croyons-nous, de sa paralysie générale.

Si, comme le veut Babinski, le phénomène des orteils est le témoin d'une perturbation dans le fonctionnement du système pyramidal, les faits que nous venons de signaler, viendraient donc à l'appui de l'opinion qui trace une ligne de séparation absolue entre la paralysie générale vraie et la prétendue paralysie générale syphilitique.

Nos constatations tendent, en effet, à prouver que, dans les cas de paralysie généralisée syphilitique, il existerait un trouble unilatéral ou bilatéral des fonctions du faisceau pyramidal. Ce trouble relèverait, évidemment, d'une lésion nerveuse localisée, ayant amené un certain degré de dégénérescence du faisceau moteur volontaire.

Ceci démontrerait donc nettement l'existence de lésions localisées dans la plupart des cas de pseudo-paralysie générale syphilitique ; ce qui viendrait apporter un argument de plus en faveur de la théorie dualiste défendue par Charcot, Joffroy, et, à Montpellier, par notre maître, le professeur Mairet.

ASSISTANCE ET PÉDAGOGIE SPÉCIALE.

A propos de l'éducation des enfants arriérés;

Par le Dr WAHL,
Médecin adjoint des asiles d'aliénés.

I

Le XXe Congrès de la Ligue de l'Enseignement, tenu à la Sorbonne du 9 au 12 juillet 1900, a émis les vœux suivants :

1° Que la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés soit revisée dans le plus bref délai possible en adoptant l'obligation de l'assistance et de l'éducation des enfants idiots, arriérés, épileptiques, etc. ;

2° Qu'il soit fait un recensement spécial de tous les enfants anormaux;

3° Qu'il soit créé pour les recevoir, un certain nombre d'établissements régionaux, soit autonomes, soit annexés aux asiles d'aliénés départementaux et qu'il soit pourvu à leurs frais au moyen d'un prélèvement opéré sur les fonds du pari mutuel;

4° Que la direction et l'inspection de ces écoles soit réservée au personnel enseignant avec la collaboration médicale en ce qui concerne les idiots et les arriérés;

5° Qu'il soit créé un diplôme spécial pour cet enseignement. que ce diplôme soit délivré par un jury comprenant au moins un professeur spécialiste, que les différentes méthodes employées soient vulgarisées au moyen de livres spéciaux que pourront consulter les candidats, les membres du jury, les inspecteurs et que chaque établissement pour enfants anormaux, rédige annuellement sa monographie où seront consignées les améliorations apportées aux méthodes et les essais suivis ou non de réussite;

6° Qu'il soit créé dans chaque département un internat ou école d'apprentissage pour les jeunes vagabonds et pour les élèves indisciplinés des écoles primaires (les élèves incorrigibles des écoles seront séparés des jeunes vagabonds et occuperont dans les internats des bâtiments spéciaux).

C'est la première fois qu'en France, à notre connaissance, un tel vœu est émis par un Congrès. C'est à ceux qui ont créé dans notre pays l'éducation pédagogique des arriérés, à Itard, à Seguin, à M. Bourneville et à ses collaborateurs, à M. Blin que sont dus ces résultats. Espérons que nous verrons bientôt les pouvoirs publics exaucer de tels vœux!

Nous nous permettrons cependant de formuler d'abord quelques critiques générales à l'adresse du Congrès : on n'y a pas distingué, à tort suivant nous, l'idiot de l'imbécile. L'idiot est, suivant la définition célèbre qu'en a donnée Esquirol « un individu chez lequel les facultés intellectuelles ne se sont pas développées ». Donc, chez lui, absence complète d'intelligence, il est à ce point de vue inférieur aux animaux même, il n'a généralement même pas l'instinct de la conservation, et, s'il n'est pas toujours complètement privé de la faculté du langage articulé, il n'arrive que très tard à dire papa, maman et quelques autres mots très simples

et ne dépasse jamais ce faible niveau. Un pareil être n'a rien à apprendre dans une école si élémentaire qu'elle puisse être. C'est dans un hospice qu'on doit le recueillir, lui apprendre à être propre, à marcher, à parler. Ceci est uniquement de la compétence d'infirmiers bien dressés, sous la direction d'un médecin et ne relève en rien de l'instituteur.

Tout au contraire l'imbécile « possède toutes les facultés intellectuelles à un degré rudimentaire » (J. Voisin), ses facultés peuvent êtres perverties, mais elles existent, on peut donc les développer, les redresser; ici apparaît le rôle de l'instituteur. C'est donc à lui qu'on doit confier ces enfants, dans les conditions que nous discuterons plus loin, de même que c'est à lui qu'il appartient d'instruire et d'éduquer les enfants simplement arriérés, vicieux ou épileptiques que, en raison de leur état, on ne peut recevoir dans les écoles publiques ordinaires. Ceci posé, permettons-nous quelques critiques spéciales sur les différents vœux émis par le XXe Congrès :

1° Tout d'abord est-il indispensable que l'obligation de secourir, d'assister et d'instruire les enfants imbéciles, arriérés et épileptiques, soit régie par une loi sur les aliénés, qui reflète plus ou moins l'esprit de la loi du 30 juin 1838. Nous ne le pensons pas; l'obligation de l'instruction résulte, pour eux comme pour tous, de la loi du 28 mars 1882 sur l'instruction obligatoire, la seule lacune à combler est d'étendre le bénéfice de l'assistance à cette intéressante catégorie de malades et d'infirmes. La loi sur les aliénés, quelle qu'elle soit, cherchera toujours et surtout à sauvegarder la liberté individuelle et la fortune des malades ; ici nous avons affaire à des mineurs dont les biens sont en tous cas protégés, les parents ou à leur défaut les tuteurs ont des obligations très nettes définies par le Code civil et point n'est besoin, à ce point de vue, d'une législation nouvelle ni spéciale. Quant à la question de la liberté individuelle elle ne se pose pas davantage; les enfants élevés dans des maisons d'éducation pour arriérés (qui ne peuvent être évidemment que des internats), y seront soumis aux règles des établissements ordinaires d'instruction avec cette différence toutefois qu'il ne saurait y avoir de grandes vacances, mais seulement des congés très courts; mais enfin là non plus une loi n'a pas à intervenir. C'est une maison d'éducation d'un genre spécial et voilà tout.

D'ailleurs, si pour les imbéciles et pour la majorité des arriérés on ne saurait refuser le certificat de placement dans un asile ; il serait certainement abusif de considérer comme aliénés tous les épileptiques sans distinction ; une pareille manière de voir ne répond ni à l'esprit de la loi sur les aliénés ni à la réalité des choses; beaucoup d'épileptiques, la majorité assurément, ne présentent pas de troubles mentaux. Que d'épileptiques ont tenu des places brillantes dans le monde et quelques-uns d'entre eux sont universellement considérés comme des grands hommes. D'ailleurs la gratuité dans les asiles d'aliénés n'est obligatoire que pour les gens qui y sont envoyés par l'autorité administrative : par placement d'office et ce mode de placement est réservé aux malades qui troublent l'ordre public et compromettent la sécurité des personnes, y compris la leur bien entendu. En général ce sont les familles qui demandent le placement d'un enfant arriéré dans une maison spéciale. Or, dans beaucoup de départements les placements faits à la demande des familles, ne sont accordés qu'à titre onéreux. C'est pour toutes ces raisons que nous ne croyons pas que l'obligation de l'éducation des enfants imbéciles, arriérés et épileptiques, puisse être considérée comme une conséquence de la loi sur le régime des aliénés. C'est une nouvelle loi à faire, loi sur l'éducation des enfants qui par leurs troubles ou leur faiblesse intellectuels ne peuvent trouver place dans les écoles publiques.

2° Sur le vœu n° 2 : Recensement des enfants anormaux, nous nous bornerons à signaler la difficulté d'une pareille œuvre et à poser la question comment et par qui sera fait ce recensement.

3°-4° Nous souhaitons, comme la Ligue de l'Enseignement, que l'on crée pour les arriérés des établissements spéciaux d'éducation, mais nous estimons que c'est à un médecin versé dans l'étude des maladies mentales que doit en appartenir la direction ; nous ne saurions admettre en effet le vœu n° 4. L'état mental de ces enfants est un état pathologique ; c'est donc au médecin et au médecin seul qu'en appartient la thérapeutique. Ce n'est que sous sa direction que l'instituteur doit agir, et non pas comme le veut la Ligue de l'Enseignement, l'instituteur maître de l'établissement faisant appel quand il le juge utile, au médecin.

Tel qu'il est formulé, le vœu n° 4 est en contradiction for-

melle avec le vœu n° 3. Si on annexe l'école des arriérés à un établissement d'aliénés ; si même on fait des établissements autonomes d'enfants anormaux régis par la loi sur les aliénés il est impossible que la direction de l'éducation soit confiée aux instituteurs. Le médecin, en effet, dans ces établissements, a tout pouvoir et c'est à lui qu'incombe le soin de diriger l'éducation des malades qui fait partie du traitement moral. Tel est, suivant nous, ce qui doit être, mais pour les raisons que nous avons énumérées plus haut, nous croyons qu'il est indispensable de faire de la maison d'éducation des arriérés un établissement autonome, sous la direction d'un médecin aliéniste, mais non régi par la loi sur les aliénés.

5° Pour le vœu n° 5 nous ne pouvons que nous associer à la commission du Congrès et souhaiter que les méthodes qui donnent de bons résultats soient vulgarisées et que les échecs même soient connus pour éviter qu'on ne retombe dans les mêmes erreurs.

6° Quant au vœu n° 6, nous ne voyons pas pourquoi on assimilerait les élèves indisciplinés des écoles primaires aux jeunes vagabonds ; et en effet, parmi ces derniers, les uns, ceux qui font des fugues plus ou moins prolongées sont comme les indisciplinés dont ils ne sont qu'une variété, des dégénérés que l'on doit soumettre au mode d'éducation que M. le Dr Thulié appelle l'orthophrénopédie et pour la description duquel nous renvoyons à l'intéressant ouvrage de l'auteur[1]. Les autres petits vagabonds sont ceux qui le sont devenus parce qu'ils sont orphelins, ou parce que leurs parents sont malades ou en prison, ou pour quelqu'autre motif analogue. Ces petits malheureux devraient être, dans les villes et dans les campagnes, remis, comme le fait l'Assistance publique de Paris au service des Enfants assistés, qui s'occupe d'eux en l'absence des parents et les rend à ceux-ci dès que les circonstances le permettent. Dr WAHL.

II

La question d'assistance et d'éducation des enfants arriérés, a été soulevée bien avant le XXe Congrès de la Ligue de

[1] Thulié. *Orthophrénopédie*. Paris, 1900. (Librairie du *Progrès médical*.) Voir aussi les 20 volumes des *Comptes rendus* de Bicêtre de M. Bourneville (1880-1900).

l'Enseignement. Dès 1879, M. le Dr Bourneville organisait à Bicêtre la section des enfants idiots et épileptiques, de même qu'en 1890 il organisait la Fondation Vallée, consacrée aux filles, et en 1893 l'Institut médico-pédagogique, consacré aux enfants arriérés et nerveux pour les familles aisées. Par de nombreuses publications, il a montré chaque année ce qu'on était en droit d'attendre d'un traitement approprié, et notamment au Congrès d'assistance publique tenu en 1894 à Lyon. Quant à la Ligue de l'Enseignement, ce n'est pas la première fois qu'elle s'occupe en Congrès de cette question.

A Rouen en 1896, à Rennes en 1898, elle a émis des vœux en faveur des enfants qu'avait laissés de côté la loi du 22 mars 1882, mais une fois les Congrès terminés, personne n'entendait plus parler de rien.

Il ne faut pas s'étonner si le XXe Congrès de la Ligue n'a pas plus en 1900 qu'en 1896 et 1898, fait entre les dégénérés inférieurs de tout ordre, la distinction qu'aurait désirée le Dr Wahl. Il n'y avait pas de médecin, ne l'oublions pas[1]. D'ailleurs cette distinction entre l'idiot et l'imbécile peut-elle se faire en réalité? Je n'hésite pas à répondre non, au moins au point de vue pédagogique. Nous avons vu des idiots complets, ne parlant pas, ne marchant pas, se souillant continuellement, n'ayant en un mot qu'une vie végétative, s'améliorer sous l'influence du traitement médico-pédagogique et arriver à marcher, parler, être propre, lire, écrire et travailler utilement. Puisqu'il est impossible de diagnostiquer *a priori* l'incurabilité de l'idiot, pourquoi, de parti pris, laisser ce malheureux en dehors de ceux que l'on croit pouvoir tirer bénéfice du traitement.

Quant aux épileptiques, ceux que nous voudrions voir assimiler aux idiots et aux arriérés, sont ceux qui, par suite de la fréquence de leurs accès, de l'arriération de leur intelligence, de la violence de leurs impulsions constituent un danger pour les autres, comme pour eux-mêmes et ne peuvent être confondus avec les enfants normaux.

La loi du 30 juin 1838 doit, à notre sens, être revisée pour qu'elle ne considère plus simplement comme des aliénés à enfermer les enfants idiots, mais comme des malades,

[1] Disons en passant combien est regrettable l'indifférence que professent en France, à l'égard des questions d'enseignement, la plupart des médecins.

comme des enfants qui peuvent, dans la grande majorité des cas, tirer bénéfice d'un traitement médico-pédagogique. Le législateur devrait ordonner l'organisation dans chaque département d'*asiles-écoles* où les familles, et à leur défaut les communes, pourraient envoyer leurs malheureux idiots [1], qui bénéficieraient ainsi du devoir absolu qu'a l'Etat de pourvoir à l'instruction de *tous*.

Le nom que nous donnons à ces établissements spéciaux, nous dispense de dire combien il nous paraît nécessaire, ou plutôt logique, de confier à des médecins seuls, avec la collaboration pédagogique, la direction de ces établissements. Le rapport que nous avons déposé sur la question à la V[e] Commission du Congrès de la Ligue de l'Enseignement, est très explicite sur ce point.

Les *indisciplinés*, qui, pour nous, ne sont que des idiots moraux, devraient être confiés aux mêmes personnes, sous le bénéfice d'une rigoureuse catégorisation.

Parmi les vagabonds, il y a une distinction à faire ; nous ne devons pas confondre les *vagabonds par accident* des *vagabonds par nature*. Les premiers ne sont pas des anormaux, il suffit de supprimer la cause de leur vagabondage pour en faire des enfants ordinaires ; quant aux seconds, ils sont des idiots moraux, et comme tels, des sujets tout indiqués pour les asiles-écoles.

Les contradictions relevées par M. le D[r] Wahl s'expliquent par ce fait que le Congrès a eu le tort, suivant nous, de ne pas faire une distinction entre les aveugles et les sourds-muets d'une part, et les idiots et les arriérés de l'autre. En les englobant tous sous la rubrique générale d'enfants anormaux, la Commission du Congrès qui, comme nous l'avons déjà dit, ne comptait que des membres de l'enseignement, n'a voulu, malgré notre intervention, voir en eux que des *enfants à instruire* et non *des malades à soigner*. La discussion des rapports de la Commission devant le Congrès, proposée et expédiée en quelques minutes, en fin de séance, en l'absence du rapporteur et du secrétaire, n'a pu éclairer ni mettre au point la question. Nous avons pu, en lisant les

[1] Sous la dénomination générale d'*idiots* nous comprenons tous les enfants qui présentent une arriération plus ou moins accentuée au point de vue intellectuel et moral, depuis l'idiot complet jusqu'à l'enfant qui présente une légère différence avec l'enfant normal.

procès-verbaux, constater avec regret combien l'assemblée générale des congressistes s'était montrée indifférente sur une question d'une aussi grave importance au point de vue humanitaire et social. Alors que nous aurions dû montrer la voie aux nations voisines, de longtemps encore nous leur serons inférieurs sur ce point, comme, hélas! sur bien d'autres. Quand on se décidera, en France, à faire enfin quelque chose pour les arriérés, on en sera réduit à copier ce qui se fait depuis plusieurs années déjà dans les Pays scandinaves, en Angleterre, en Belgique, en Allemagne, aux Etats-Unis, etc.

J. Boyer,
Secrétaire de la Ve Commission
du Congrès de la Ligue de l'Enseignement;
professeur à l'Institut médico-pédagogique,
Vitry-sur-Seine.

III

M. *Camailhac*, l'un de nos instituteurs à la section de Bicêtre avait été chargé par la Ligue de l'Enseignement, de faire à la Ve Commission du Congrès, un rapport préalable sur une question ainsi formulée : *Éducation des enfants anormaux. — Moyens à employer pour assurer leur instruction primaire et professionnelle.*

Après avoir parlé des *aveugles* et des *sourds-muets*, il a exposé la question qui nous intéresse dans les termes suivants :

Idiots, arriérés, épileptiques. — La statistique des idiots et arriérés n'est pas mieux établie que celle des aveugles et des sourds-muets. En se basant sur les états dressés par les conseils de revision MM. Couëtoux et Hamon du Fougeray évaluent leur nombre à 50 000 approximativement. Quelle est la situation de ces malheureux ? Quand ils sont réputés inoffensifs, ils restent dans les familles; dans le cas contraire ils sont internés dans les asiles d'aliénés.

C'est que l'idiotie rentrant dans le cadre des maladies mentales tombe sous le coup de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Cette loi comprend, sous le nom générique d'aliénés, les idiots, les imbéciles, les crétins. Que le malade soit maniaque, mélancolique, paralytique général, dément ou idiot, il est aliéné de son esprit. Une telle assimilation est aujourd'hui condamnée par les tra-

vaux de Ferrus, Falret, Edouard Seguin, Bourneville, Legrain, etc. [1]. Il est prouvé que les enfants dégénérés sont non seulement susceptibles d'une éducation quelconque mais que cette éducation est fructueuse puisqu'elle permet de rendre à la vie commune un certain nombre de ces malades. Etant admis que l'on peut « transformer ces êtres inutiles et parfois dangereux en individus raisonnables et utiles à la société », examinons ce qu'on a fait en France pour atteindre ce but.

Le département de la Seine, toujours au premier rang lorsqu'il s'agit d'œuvres d'assistance et d'éducation, possède cinq établissements spéciaux (Bicêtre, la Salpêtrière, Vaucluse, Villejuif [2], Fondation Vallée) dans lesquels il hospitalise environ un millier d'enfants. En province, 15 établissements privés reçoivent quelques centaines d'enfants.

Dans les départements qui ne possèdent aucun établissement spécial les enfants idiots reconnus dangereux sont enfermés dans les asiles d'aliénés où ils n'ont à leur disposition aucun moyen d'instruction; les autres, les inoffensifs, sont la plupart du temps privés des soins les plus élémentaires que réclament leur état. C'est une faute dont les conséquences se font sentir chaque jour. Il est du devoir de l'Etat de prendre au plus tôt les mesures nécessaires pour améliorer cette situation. Il est vrai que l'on parle depuis longtemps de la revision de la loi du 30 juin 1838. Dans ses séances du 14 décembre 1886 et du 11 mars 1887 le Sénat adoptait un projet dont l'article 1er était ainsi conçu :

« Les aliénés réputés incurables, les épileptiques, les idiots et les crétins peuvent être admis dans les asiles d'aliénés tant qu'il n'a pas été pourvu à leur placement dans des maisons de refuge, des colonies ou des établissements appropriés spécialement à l'isolement et au traitement des épileptiques et à l'isolement ou à l'éducation des idiots et des crétins. »

Ce texte manquait de précision. Devant la Commission de la Chambre des députés chargée d'examiner le projet, M. Ernest Lafond fit prévaloir la rédaction suivante :

« Les asiles publics doivent comprendre deux quartiers annexes destinés au traitement, l'un des épileptiques, l'autre des idiots et des crétins. Les épileptiques, les idiots et les crétins continuent à être admis dans les asiles d'aliénés en attendant l'ouverture de quartiers spéciaux. Dans un délai de dix ans, les départements devront ouvrir des établissements spéciaux ou des sections spéciales destinées au traitement et à l'éducation des enfants idiots, imbéciles, arriérés, crétins, épileptiques ou paralytiques. Plusieurs

[1] Le rapporteur aurait pu rappeler le nom de Delasiauve, très connu encore à Bicêtre. Cette affirmation est trop absolue. (B.).

[2] Le quartier consacré aux filles idiotes à Villejuif n'existe plus depuis *deux ans.* (B.)

départements pourront se réunir pour créer ces établissements ou sections. »

Comme pour les aveugles et les sourds-muets la question est encore pendante.

Conclusion.— Dans ces conditions nous croyons devoir soumettre à votre approbation les vœux suivants :

Vœux. — Le XXe Congrès de la *Ligue française de l'Enseignement*, réuni à Paris, émet le vœu :

Qu'une commission spéciale soit nommée par les ministres de l'Instruction publique et de l'Intérieur en vue de rechercher les moyens d'étendre l'instruction obligatoire aux anormaux et que cette commission soit composée, en majorité, de personnes s'occupant de cet enseignement spécial.

Et subsidiairement : 1° Que la loi du 28 mars 1882 soit appliquée aux aveugles et aux sourds-muets ; 2° Que la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés soit revisée dans le plus bref délai possible en adoptant l'obligation de l'assistance et de l'éducation des enfants idiots, arriérés, etc. ; 3° Qu'il soit fait un recensement spécial de tous les enfants anormaux ; 4° Qu'il soit créé, pour les recevoir, un certain nombre d'établissements régionaux au moyen d'un prélèvement opéré annuellement sur les fonds du pari mutuel ; 5° Que la direction et l'inspection de ces écoles soient réservées au personnel enseignant.

IV

L'auteur de ce rapport ne parait pas s'être rendu un compte exact de ce qui a été fait dans le service même de Bicêtre, au sujet de l'hospitalisation, du traitement et de l'éducation des enfants anormaux de cette catégorie spéciale. Il ignore aussi notre rapport au Congrès national d'Assistance publique de Lyon, notre rapport à la Chambre des députés en 1889 et notre rapport au Conseil supérieur d'Assistance publique en 1891 sur le projet de revision de la loi du 30 juin 1838. S'il avait consulté ces documents, il aurait vu que dans le rapport de 1889 nous avions fait adopter un article ainsi conçu :

ARTICLE PREMIER. — Les établissements destinés au *traitement et à la garde des aliénés* sont de deux sortes : publics ou privés.

Les asiles publics doivent comprendre deux quartiers annexes destinés au traitement : l'un des épileptiques, l'autre des idiots et des crétins.

Les épileptiques, les idiots et les crétins continueront à être

admis dans les asiles d'aliénés en attendant l'ouverture de quartiers spéciaux.

Dans un délai de dix ans, les départements devront ouvrir des établissements spéciaux ou des sections spéciales destinés au traitement et à l'éducation des ENFANTS IDIOTS, IMBÉCILES, ARRIÉRÉS, CRÉTINS, ÉPILEPTIQUES *ou* PARALYTIQUES. Plusieurs départements pourront se réunir pour créer ces établissements ou sections.

Il aurait vu aussi dans le second rapport que nous avions fait adopter par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, un article analogue :

ARTICLE PREMIER. — Les établissements destinés au *traitement et à la garde des aliénés* sont de deux sortes : publics ou privés.

Les asiles publics doivent comprendre deux quartiers annexes destinés au traitement : l'un des épileptiques, l'autre des idiots et des crétins.

Les épileptiques, les idiots et les crétins continueront à être admis dans les asiles d'aliénés en attendant l'ouverture de quartiers spéciaux.

Dans un délai de dix ans, les départements devront ouvrir des établissements spéciaux ou des sections spéciales destinées au traitement et à l'éducation des ENFANTS IDIOTS, IMBÉCILES, ARRIÉRÉS, CRÉTINS, ÉPILEPTIQUES *ou* PARALYTIQUES. Plusieurs départements pourront se réunir pour créer ces établissements ou sections.

Il aurait été ainsi amené à écrire que M. Ernest Lafond n'avait fait que reproduire, en ce qui concerne les enfants idiots, épileptiques, etc., les conclusions de nos deux rapports. M. Lafont, d'ailleurs, le reconnait.

La première réforme à accomplir est celle que nous avons proposée, c'est-à-dire créer des *asiles-écoles* dans *tous* les départements, car il n'y en a pas un seul où il n'y ait pas au moins trois cents enfants des deux sexes pour lesquels s'impose impérieusement l'assistance, le traitement et l'éducation spéciale. Elle sera facilitée aussi par une seconde réforme qui s'impose la création de *classes spéciales* pour les enfants arriérés, c'est-à-dire les moins malades et dont le rapporteur ne dit pas un mot, dans toutes les villes, où ces créations sont possibles. C'est alors que la loi sur l'obligation de l'enseignement pourra être appliquée à cette catégorie d'enfants anormaux, la plus considérable.

L'auteur du rapport émet le vœu que la direction des établissements consacrés aux idiots, imbéciles, etc., soit confiée aux instituteurs. S'il avait parcouru les nombreuses obser-

vations contenues dans les comptes rendus du service de Bicêtre, mis à sa disposition chaque année, il aurait vu que *tous ces enfants* sont incontestablement des MALADES et que, par conséquent, c'est à des médecins qu'ils doivent être confiés. Les infirmières, les infirmiers, les institutrices, les instituteurs, sont eux, des auxiliaires. En ce qui concerne les *classes spéciales*, le rôle de ces derniers doit être plus étendu, mais là encore l'intervention du médecin est indispensable.

BOURNEVILLE.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

A propos de la théorie des neuro-diélectriques.

(*Réponse à* M. PAUL SOLLIER.)

Au début d'un travail intitulé *Théorie des neuro-diélectriques*, que j'ai publié ici même en septembre 1900, j'ai eu soin de citer les physiciens et les physiologistes dont les observations et les expériences tendaient à faire admettre l'identité des ondes nerveuses et des ondes électriques, ou tout au moins leur analogie, idée qui date, je crois, de du Bois-Raymond.

Dans le numéro des *Archives de Neurologie* d'octobre, M. Paul Sollier rappelle qu'il a lui-même soutenu cette idée dans des conférences faites l'hiver dernier à l'Université nouvelle de Bruxelles, conférences encore inédites, et dans un ouvrage intitulé le *Problème de la mémoire*, paru en janvier 1900.

M. Paul Sollier, dont j'apprécie hautement plusieurs ouvrages, doit bien penser que je n'aurais pas manqué de citer ceux-là au même titre que ceux de ses prédécesseurs, si j'en avais eu connaissance. Toutefois, puisqu'il s'agit d'une question de priorité, je dois dire que mes recherches sur ce sujet paraissent notablement antérieures aux siennes, car j'en ai commencé la publication *en 1898* dans les *Archives médicales d'Angers*. (*Du tremblement à la paralysie*, 1898-1899-1900.)

Charles BINET-SANGLÉ.

ENSEIGNEMENT

Les Cliniques psychiatriques des Universités allemandes[1];

Par le Dr Paul SÉRIEUX,
Médecin des asiles publics d'aliénés de la Seine,
chargé de missions.

Université de Berlin (Prusse).

(*Faculté de médecine :* 14 Professeurs ordinaires; 33 Professeurs extraordinaires; 70 Privat-docenten; 1,373 étudiants).

La clinique des maladies mentales et nerveuses de l'Université de Berlin est installée dans le quartier d'aliénés de l'hôpital de la Charité (König.-Charité-Krankenhaus). Cet établissement, qui ne répond plus aux exigences de la psychiatrie moderne, a joué un rôle capital dans l'histoire des progrès de la médecine mentale en Prusse. Nous croyons devoir le rappeler brièvement.

C'est en 1798 que fut créé à la Charité un quartier spécial d'aliénés. Ernst Horrn (mort en 1848) utilisa le premier, en 1818, son service d'aliénés pour l'enseignement clinique. Ce quartier spécial fut érigé, en 1832, en un service autonome que l'on confia à W. Ideler. Ce médecin fit des conférences cliniques sans cependant donner un enseignement régulier. Ludwig Meyer, Westphal, firent ensuite également quelques leçons de psychiatrie. C'est seulement en 1865 que l'enseignement clinique des maladies mentales fut organisé d'une façon régulière à l'Université de Berlin, quand Griesinger fut nommé professeur de psychiatrie et directeur de la clinique. L'influence de ce savant aliéniste fut considérable, et se fait sentir encore aujourd'hui en Allemagne. On lui doit d'importantes réformes : introduction du non-restreint, annexion à la clinique d'une section de *neuropathologie*, réorganisation de l'enseignement psychiatrique ; création d'asiles urbains pour les cas aigus et de colonies ouvertes pour les chroniques, etc. A Griesinger succéda Westphal (1868). Tout le monde connait les remarquables travaux du professeur de Berlin sur les réflexes tendineux

[1] Voir *Archives de Neurologie,* nos 57 et 59, t. X, p. 193 et 371.

(signe de Westphal), sur la paralysie générale, l'agoraphobie, l'inversion sexuelle. Westphal adjoignit à la clinique universitaire un important service de *policlinique*. La clinique de psychiatrie de Berlin a été une pépinière d'aliénistes et de neuropathologues distingués, aujourd'hui professeurs : Ludwig Meyer, Binswanger, Fürstner, Bernhardt, Remak, Moëli, Thomsen, Siemerling, Oppenheim, etc.

Actuellement le titulaire de la chaire de psychiatrie est le docteur Jolly, précédemment professeur à Strasbourg (1873-1890).

Le *personnel médical* de la clinique universitaire se compose, pour la section de psychiatrie, en outre du professeur, de trois médecins assistants dont l'un est professeur extraordinaire, le Dr Köppen, et l'autre privat-docent, le Dr Westphal, et de trois médecins volontaires. La section de neuropathologie (56 lits) et le service de la policlinique ont pour assistant M. le Dr M. Lähr, privat-docent, qui est secondé par deux médecins militaires et deux médecins volontaires.

Le professeur Jolly donne, chaque semaine, trois leçons de psychiatrie clinique (lundi, mardi, vendredi, de 9 à 10 heures) et une conférence de neuropathologie (jeudi, de 11 à 12 h. 1/2) avec policlinique. La policlinique des maladies nerveuses de la Charité est publique ; elle a lieu trois fois par semaine (lundi, mercredi, vendredi, de 11 heures à 1 heure).

En dehors des leçons magistrales, l'enseignement des maladies nerveuses et mentales est encore assuré à Berlin (1894) par de nombreux cours :

Les conférences cliniques de neuropathologie, de psychiatrie et de médecine légale du professeur Mendel ; — le cours (payant) du professeur Bernhardt sur les maladies nerveuses, l'électrodiagnostic et l'électrothérapie (présentation de malades et exercices pratiques) ; — le cours (gratuit) d'électrodiagnostic et d'électrothérapie du Dr Remak (avec démonstrations) ; — le cours (payant) de diagnostic des maladies du système nerveux et d'électrothérapie du Dr Remak ; — le cours (payant) de diagnostic neuropathologique et d'électrothérapie du Dr Eulenburg ; — le cours (payant) de diagnostic des maladies du système nerveux avec exercices pratiques du Dr Goldscheider ; — les conférences (payantes) de diagnostic et de traitement des maladies du système nerveux, avec considérations sur l'électrodiagnostic et l'électrothérapie, du professeur Oppenheim ; — les conférences publiques sur les maladies de la moelle par les professeurs Jolly, Oppenheim, Leyden ; — les conférences (gratuites) sur les maladies du cerveau, du Dr Moëli ; — le cours public sur les rapports des maladies du système nerveux avec les autres affections, du professeur Bernhardt ; — les exercices pratiques (payants) d'histologie appliquée à la pathologie du système nerveux, par les professeurs Oppenheim, Mendel et Köppen ; —

les leçons (gratuites) sur la pathologie de la sensibilité et du mouvement, du Dr Goldscheider; — les conférences de psychiatrie générale, du professeur Mendel; — les conférences de psychiatrie médico-légale, du Dr Köppen; — les conférences de thérapeutique générale des maladies nerveuses, du Dr Goldscheider.

Le *non-restreint*, introduit par Griesinger en 1865, et le *traitement par le lit* sont appliqués à la clinique de Berlin. Il y a des salles de surveillance continue.

La clinique psychiatrique a, jusqu'en 1892, servi de bureau d'admission pour les aliénés de la ville de Berlin. Le nombre des entrées a été, pour l'année 1889-1890, de 2 097 aliénés et 766 épileptiques et hystériques. Depuis quelques années, les asiles municipaux d'aliénés recevant directement des malades, le nombre des admissions a diminué à la Charité, qui ne sert plus de bureau d'admission que pour un secteur déterminé de la ville de Berlin. En 1893, le nombre des malades admis a été de 1.147 (669 hommes et 478 femmes). La durée moyenne du séjour est, pour les hommes, de 20 jours, et, pour les femmes, de 21 jours.

La population de la clinique était, le 1er avril 1889, de 152 aliénés et de 32 épileptiques et hystériques.

Population (1er janvier 1898); aliénés : 65; névroses convulsives : 60; délirants : 26. — *Nombre des admissions* en 1897; aliénés : 901; névroses convulsives : 940; délirants : 521.

Nous ne dirons rien de l'organisation matérielle de cette clinique, qui est située dans un vaste bâtiment à deux étages dont la construction remonte au siècle dernier (1798). La clinique psychiatrique et neurologique de l'Université de Berlin va d'ailleurs être reconstruite. Elle comprendra 200 lits.

Université de Greifswald (Prusse, province de Poméranie).

(*Faculté de médecine* : 9 Professeurs ordinaires; 9 Professeurs extraordinaires; 3 Privat-docenten; 380 étudiants.)

Des cours de psychiatrie ont été faits dans cette Université dès 1834. Dans ce but, on a utilisé l'asile provincial de Greifswald, transformé, le 1er avril 1889, en « Clinique royale psychiatrique ». (Königliche psychiatrische Klinik.)

Population (1er janvier 1898) : 45 malades (21 hommes, 24 femmes). — *Nombre des admissions* en 1897 : 48 (24 hommes, 24 femmes).

Le professeur, Dr R. Arndt, est directeur de la clinique; il est assisté de deux médecins.

Université de Kiel (Prusse, province de Schleswig-Holstein).

(*Faculté de médecine* : 7 Professeurs ordinaires ; 8 Professeurs extraordinaires ; 8 Privat-docenten ; 257 étudiants.)

L'Université de Kiel a décidé (1897) la création d'une clinique de psychiatrie, située à proximité de la ville, à vingt minutes seulement des autres instituts universitaires. Le *nombre des lits* a été fixé à 120, dont 100 pour aliénés du régime commun, et 20 pour pensionnaires. La clinique a été construite aux frais de l'Etat. Elle admet les malades ayant leur domicile de secours dans la province à raison d'un prix de journée ne dépassant pas celui des asiles provinciaux.

Le Dr Siemerling vient d'être nommé professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Kiel (1900).

Université de Gœttingen (Prusse, Province de Hanovre).

(*Faculté de médecine* : 12 Professeurs ordinaires ; 5 Professeurs extraordinaires ; 5 Privat-docenten ; 211 étudiants.)

C'est l'asile provincial de Gœttingen qui sert de clinique psychiatrique universitaire. Celle-ci a été fondée en 1866. L'asile, ouvert à la même époque, a été successivement agrandi par la construction de nouveaux pavillons, l'un pour 28 (1884), l'autre pour 10 malades (1888) et de deux quartiers de surveillance pour hommes et femmes (1897).

Population (31 mars 1890) : 392 (235 hommes, 157 femmes).

Personnel médical : le professeur Ludwig Meyer ; 1 médecin en second, le professeur Cramer ; cinq assistants [1].

Population (1er janvier 1898) : 345 malades (206 hommes, 139 femmes). — *Nombre des admissions* (en 1897) : 138 malades (82 hommes, 56 femmes).

Université de Tübingen (Royaume de Wurtemberg).

(*Faculté de médecine :* 8 Professeurs ordinaires ; 5 Professeurs extraordinaires ; 3 Privat-docenten ; 232 étudiants.)

Les maladies mentales ont été enseignées à l'Université de Tübingen dans la première moitié du siècle par le professeur von Eschenmayer, mais la clinique psychiatrique est de date toute récente (1894). Elle est située à proximité des autres cliniques.

[1] Le professeur Ludwig Meyer, décédé le 8 février 1900, a été remplacé par M. Cramer.

Population normale : 120 malades de 3e classe ; 20 pensionnaires de 1re et de 2e classe. — Le prix de revient total de la clinique a été de 1.825.000 francs se décomposant ainsi :

Terrain (quatre hectares)	87.500 fr.
Bâtiments	1.600.000 —
Installation intérieure	137.500 —

Les locaux sont ainsi distribués :

12	salles de réunion.	
2	salles de surveillance à	12 lits.
2	— — à	9 —
2	— — à	5 —
2	dortoirs à	4 —
4	— à	5 —
2	— à	6 —
2	— à	7 —
2	— à	8 —
7	chambres à	1 —
10	chambres d'isolement.	
14	chambres de pensionnaires de	1 à 3 lits.

Le prix de pension est de 5 francs à 6 fr. 25 pour les pensionnaires de 2e et de 1re classe, de 1 fr. 25 pour les malades de 3e classe sauf pour les indigents.

Réseau téléphonique.

Le titulaire de la chaire était, jusque dans ces derniers mois, le professeur Siemerling. Cinq médecins assistants.

Population (1er janvier 1898) : 114 malades (47 hommes, 67 femmes). — *Nombre des admissions* (année 1897) : 385 malades (199 hommes, 186 femmes).

Université de Rostock (Grand-Duché de Mecklenbourg-Schwerin).

(*Faculté de médecine* : 9 Professeurs ordinaires ; 3 Professeurs extraordinaires ; 1 Privat-docent ; 120 étudiants.)

L'asile du Grand-Duché, situé à Gelsheim, près Gehlsdorf, sert de Clinique psychiatrique.

L'établissement, dont la construction a été commencée en 1893, a été inauguré en 1896. Il est construit d'après le système des pavillons. Open-door. Les frais se sont élevés à 1.3'0.000 marcs. Le nombre des lits est de 200 à 250 au maximum.

Population (1er janvier 1898) : 143 malades (71 hommes, 72 femmes). — *Nombre des admissions* (en 1897) : 167 malades (86 hommes, 81 femmes).

Personnel médical ; le professeur Schuchardt et deux médecins assistants.

Université d'Erlangen (Bavière).

(*Faculté de médecine* : 9 Professeurs ordinaires ; 5 Professeurs extraordinaires ; 1 Privat-docent ; 338 étudians.)

Il n'y a pas lieu d'insister sur la clinique psychiatrique de cette Université, puisqu'elle ne constitue pas un établissement spécial. C'est en effet l'asile d'aliénés d'Erlangen qui sert à l'enseignement clinique. La création de la chaire des maladies mentales à l'Université d'Erlangen remonte à l'année 1850.

L'asile clinique, construit en 1846 en forme de croix, agrandi en 1866, 1876, 1880, 1892, 1894 et 1895, comptait, au 1er janvier 1898, 764 malades (403 hommes, 361 femmes). Le nombre des admissions dans le courant de l'année 1897 a été de 200 (106 hommes, 94 femmes).

Personnel médical: le professeur de clinique, Dr Specht et sept médecins.

Nombre des lits : 857.

Prix de revient du lit : 5.245 francs.

Université de Heidelberg (Grand-Duché de Bade).

(*Faculté de médecine* : 13 Professeurs ordinaires ; 8 Professeurs extraordinaires ; 11 Privat-docenten ; 284 étudiants.)

L'Université de Heidelberg ne possède une chaire de maladies mentales que depuis une vingtaine d'années. C'est le 15 octobre 1878 que fut inaugurée, sous la direction du professeur Fürstner, la nouvelle clinique de psychiatrie (Universitäts-Irrenklinik), située à proximité des autres cliniques universitaires. C'est la première clinique psychiatrique universitaire construite en Allemagne conformément aux indications judicieuses formulées par Griesinger. Jusqu'alors, on s'était contenté d'utiliser pour l'enseignement des maladies mentales les asiles provinciaux voisins des universités.

Le chiffre des lits est de 80. Le prix de revient de chaque lit a dépassé 10.000 francs. Le terrain a une superficie de plus de 2 hectares. La population réelle était, le 1er janvier 1890, de 84 malades. Le nombre des admissions s'est élevé, en 1889, à 152.

Le personnel médical se compose du professeur de psychiatrie, en même temps directeur de la clinique, le Dr Kraepelin, d'un médecin en second qui est *Privat-docent*, de deux assistants et de deux médecins stagiaires (*Volontärärzte*).

Population (1er janvier 1898) : 116 malades (60 hommes, 56 femmes). — *Nombre des admissions* en 1897 : 280 malades (153 hommes, 127 femmes).

M. Kraepelin, qui considère les *quartiers de surveillance continue*

comme des organes indispensables au bon fonctionnement d'une clinique psychiatrique, estime que le nombre des lits de ces pavillons spéciaux doit s'élever à 20 ou 30 p. 100 du nombre total des lits. Il faut, d'ailleurs, tenir compte aussi du chiffre des admissions. Dans le quartier de surveillance continue doivent être placés les sujets atteints de psychoses récentes, les malades à idées de suicide, ceux qui refusent les aliments, les agités, les paralysés, les gâteux et les aliénés atteints d'affections intercurrentes, en un mot tous les patients pour lesquels une surveillance spéciale est nécessaire. Il est bon d'avoir deux sections de surveillance distinctes, l'une pour les malades calmes, l'autre pour les agités. La *proportion des infirmiers* doit être au minimum de 1 pour 5 malades.

Université de Marbourg (Prusse).

(*Faculté de médecine* : 12 Professeurs ordinaires; 4 Professeurs extraordinaires ; 6 Privat-docent en ; 216 étudiants.)

L'Université a fondé, en 1877, une clinique psychiatrique qui a été installée à l'asile d'aliénés de Marbourg (province de Hesse).

Cet asile, qui a coûté plus de 2 millions, a été construit (1872-75) sur les plans du professeur Ludwig Meyer (de Göttingen). Situé à deux kilomètres de la ville, sans mur d'enceinte ni grilles, il se compose d'une série de dix pavillons séparés (*Cottage-System*), dont deux sont consacrés aux sujets ayant besoin d'une surveillance continue, aux agités. On y applique depuis longtemps le *traitement par le lit*. Dans ces pavillons de traitement, les infirmiers sont dans la proportion de 1 pour 2 malades. Dans les autres quartiers, dont la population est de 20 malades environ, la proportion est de 1 infirmier pour 5 aliénés.

Il n'y a pas de galeries couvertes, sauf pour relier les pavillons cliniques au bâtiment central.

Pas de quartier d'isolement à proprement parler. Le quartier des agités possède 7 chambres d'isolement pour 40 malades. Des salles de bains sont contiguës aux chambres d'isolement (baignoires en cuivre rouge). Les autres pavillons ont une salle de bains et une chambre d'isolement (capacité : 75 mètres cubes).

Bâtiment central avec salle des cours (*Auditorium*), laboratoires, etc. Infirmiers et infirmières couchent dans les dortoirs des malades. Le surveillant en chef et la surveillante en chef sont logés dans les pavillons de traitement.

Nombre de lits : 300.

Population au 1er janvier 1898 : 247 malades (111 hommes, 136 femmes).

Nombre des admissions (année 1897) : 228 malades (114 hommes, 114 femmes).

Personnel médical : le professeur Tuczek, directeur médecin en chef de l'asile, un médecin en second, Privat-docent, deux assistants, deux médecins volontaires.

La clinique psychiatrique étant à 2 kilomètres de la ville, les étudiants y sont conduits en omnibus.

Le non-restreint, le traitement par le lit sont depuis longtemps appliqués. Il en est de même pour l'Open-door : on ne voit ni murs d'enceinte, ni grilles.

Chauffage central à vapeur et à air chaud. — Eclairage électrique.

Eau de source en abondance.

Tout à l'égout et champ d'épuration [1].

Université de Fribourg (Grand-Duché de Bade).

(*Faculté de médecine* : 13 Professeurs ordinaires ; 7 Professeurs extraordinaires ; 13 Privat-docenten ; 327 étudiants.)

La clinique psychiatrique de Fribourg (Psychiatrische Klinik an der Universität) a été ouverte en 1887, sous la direction du professeur Emminghaus. Le nombre des lits est de 90.

Population (1er janvier 1890) : 94 malades (39 hommes et 55 femmes).

Nombre des admissions en 1889 : 121 malades.

Population (1er janvier 1898) : 113 malades (48 hommes, 65 femmes).

Nombre des admissions en 1897 : 154 malades (81 hommes, 73 femmes).

Le personnel médical se compose, outre le professeur, d'un médecin en second, d'un médecin assistant et d'un médecin volontaire.

Université de Breslau (Prusse, province de Sibérie).

(*Faculté de médecine* : 11 Professeurs ordinaires ; 15 Professeurs extraordinaires ; 16 Privat-docenten ; 287 étudiants.)

La clinique psychiatrique a été fondée en 1877. Elle est installée depuis 1888 dans des bâtiments nouveaux (*Städtisches Krankenhaus*) qui servent aussi de quartier municipal d'aliénés.

Population (1er avril 1890), 199 malades (103 hommes, 96 femmes).

Séjour moyen des malades, 70 jours.

Personnel médical : le professeur Wernicke, un médecin en chef (*Oberarzt*) et deux médecins assistants.

Population (1er janvier 1898) : 215 malades (107 hommes, 108 femmes).

[1] D'après Buffet, *Voyage à travers asiles*. 1888 et Laehr, *Die Heil- und Pflege Austalten*, etc.

Nombre des admissions (1897) : 766 malades (532 hommes, 234 femmes).

Université de Strasbourg (Alsace-Lorraine).

(*Faculté de médecine :* 12 Professeurs ordinaires; 11 Professeurs extraordinaires; 10 Privat-docenten; 253 étudiants.)

La clinique des maladies mentales et nerveuses de l'Université de Strasbourg a été fondée en 1872, agrandie en 1877. La nouvelle clinique, construite, en partie du moins, conformément aux vues de Griesinger, a été inaugurée en 1886. Il est regrettable qu'on n'ait pas adopté pour cet établissement le système des pavillons détachés à rez-de-chaussée. Le bâtiment de la clinique, construction massive, est situé à proximité des autres instituts cliniques. Dans les chambres d'isolement les fenêtres sont constituées par des châssis de fer forgé encadrant des carreaux de 15 millimètres d'épaisseur.

Le chiffre normal de la population est de 90 aliénés et 30 épileptiques ou nerveux. Au point de vue économique, la clinique dépend de l'hôpital civil. Elle reçoit les aliénés arrêtés par la police à Strasbourg et dans la banlieue ; — ceux originaires de la Basse-Alsace aux mêmes conditions que l'asile de district de Stephansfeld, — enfin ceux des autres districts et des pays voisins, aux frais du fonds spécial de la clinique psychiatrique. La clinique admet aussi un certain nombre de malades transférés de l'hôpital pour délire alcoolique ou pour troubles délirants survenus au cours de maladies somatiques.

Dans son discours d'inauguration, le professeur Jolly, faisant allusion aux desiderata formulés par Griesinger, et dont la clinique de Strasbourg était la réalisation, déclarait que les établissements destinés à l'enseignement clinique de la psychiatrie devaient être séparés des grands asiles ordinaires et placés dans les villes, en intime connexion avec les autres cliniques. Il montrait le rôle important que peuvent remplir dans l'assistance des aliénés les *asiles urbains*, et les considérait comme une nécessité pour toute ville et pour tout hôpital d'une certaine importance.

La population de la clinique était, au commencement de 1889 : aliénés, 73 ; épileptiques et « nerveux », 58.

Nombre des admissions en 1889 : aliénés : 274 ; épileptiques et « nerveux » : 125.

Consultations, en 1889 : 564 cas.

Population de la clinique (juillet 1895) : 120 malades.

Personnel médical : le professeur Fürstner et trois assistants, dont l'un est Privat-docent.

Population (1[er] janvier 1898) : aliénés : 61 (23 hommes, 38 femmes); nerveux et épileptiques : 28 (16 hommes, 12 femmes).

Nombre des admissions en 1897 : aliénés : 304; nerveux et épileptiques : 173.

Malades traités à la policlinique : 554. (*A suivre.*)

XIII[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE.

Section de Psychiatrie (*suite*).

VII. INVERSION GÉNITALE (*Homosexualité. uranisme*). — Le perverti sexuel, qu'il soit exhibitionniste, fétichiste, sadique, se réclame encore, en dépit de sa déviation, de l'instinct naturel qui pousse l'un vers l'autre deux êtres de sexe différent : il reste plié à la grande loi de l'hétérosexualité. Il appartient seulement à l'inverti de s'y soustraire et de descendre à une substitution véritablement tératologique en ne recevant d'excitation génitale que d'un individu de son propre sexe. Il est à peine besoin de dire qu'il ne saurait être question, ici, que de l'inverti constitutionnel et non du pédéraste vulgaire, individu acquis par démoralisation, par désir de sensations nouvelles, à un vice qui a contaminé divers milieux sociaux avec une fréquence plus ou moins grande suivant les pays et l'époque de l'histoire. L'inverti constitutionnel est toujours un malade dont les tendances doivent être irrésistibles puisqu'il marche dans la vie dépouillé du sexe qu'il *extériorise* seulement, alors qu'il porte au-dedans de lui-même le sexe opposé à celui que son organisation physique affiche. C'est malgré lui et *instinctivement*, tout en violant l'instinct naturel, qu'il va vers le sexe semblable. Comment la détermination de cette homosexualité s'accomplit-elle? Faut-il admettre que l'individu naît de toutes pièces avec cette substitution qui fait de lui *une femme dans un corps d'homme*, suivant une expression caractéristique, dont les termes mêmes sont d'ailleurs discutables.

Convient-il de voir là le fait d'une *hésitation* et, finalement, d'une *ambiguïté* anatomique? Mais, si cette origine était vraiment le résultat d'une erreur embryologique, est-ce que la répercussion de cette origine ne se retrouverait pas, très fréquemment, dans la constitution somatique de l'inverti? Ne rencontrerait-on pas à tout instant, prise en quelque sorte sur le fait, cette *oscillation* entre le choix embryologique du sexe et les cas d'hermaphrodisme

physique ne viendraient-ils expliquer la formation de l'homosexualité? Or, on sait que le plus ordinairement l'uraniste est doué de tous les attributs de la plus complète virilité. Il faut chercher ailleurs. La clinique, elle, semble mieux nous guider. Elle nous montre que le phénomène de l'inversion reconnaît, en somme, la même pathogénie que les autres perversions sexuelles et que, là encore, il faut demander surtout à l'émotivité morbide, à la désharmonie fonctionnelle le secret de la *détermination homosexuelle*. Un choc fortuit est survenu qui, de même que pour toutes les autres obsessions, n'a pris de valeur que par l'état de réceptivité émotionnelle. C'est en souvenir de cette impression forte, avec les représentations mentales dont elle est l'occasion, que l'idée s'impose peu à peu et que la tendance homosexuelle va acquérir son énergie obsédante et impulsive. Et la chose n'est si attractive bientôt que par la crainte qui s'y allie... Cette tendance, au temps des *imprécisions* de la vie génitale, n'a été d'abord qu'une sollicitation vague et confuse, et dissimulée en quelque sorte, dans la pénombre de la vie subconsciente. Ce n'est que plus tard qu'elle s'affirmera avec toute la netteté d'un besoin morbide irrésistible.

Tout en tenant compte des variations que peut subir le type clinique (Krafft-Ebing), il importe avant tout d'en retenir les véritables signes distinctifs qui l'isolent si nettement du vice. C'est en visant spécialement ce type clinique, qu'on peut définir l'inversion génitale : *Une perversion* TOTALE *de l'instinct génésique, à forme obsédante et impulsive, impliquant une tendance homosexuelle irrésistible et généralement si exclusive que le sexe semblable est seul capable d'éveiller l'orgasme vénérien.* . . .

Des faits très rigoureusement observés prouvent que dans l'amour homosexuel, le fétichisme, le masochisme, le sadisme et même l'érotomanie, peuvent se rencontrer. La jalousie de l'inverti appelle des réactions dont la médecine légale peut avoir à s'occuper.

VIII. Erotomanie. — Dans la folie de l'amour chaste (Esquirol), ce n'est pas la sphère génitale, à proprement parler, qui nous donne l'image de l'aberration amoureuse, c'est l'esprit, c'est l'imagination. Il y a tant de sentiment dans cet amour qu'il ne s'y trouve plus que cela... C'est une sorte de rêve d'adoration et tout se borne à cette adoration mystique. La passion, absolument profonde d'ailleurs, absorbante, exclusive, est affranchie de tout appétit charnel. L'amour est tout intellectuel et plane dans le vague des tendresses éthérées. Non seulement il est immatériel, mais il va jusqu'à être *impersonnel* : on connaît l'érotomane amoureux d'une ombre, d'un symbole, d'une étoile!... Le cerveau postérieur n'a aucune part dans son activité; le cerveau antérieur y préside seul

(Magnan). C'est l'idée qu'exprimait Esquirol en disant : « Chez l'érotomane, l'amour est dans la tête ». Il est certain que, dans les cas les plus nets, le désir est absolument idéal. L'idée de cohabitation est assez souvent répulsive, en quelque sorte, pour ces êtres maladivement épris... Rien n'est singulier comme l'illusion grâce à laquelle l'érotomane se persuade que son amour est partagé. Tout est interprété comme une démonstration significative et si cette idyllique amour ne reçoit pas toute satisfaction, c'est dans la conviction robuste de l'érotomane, *que les méchants* se mettent en travers de cette réalisation... L'érotomane ne doute pas de l'existence, chez l'être ainsi adoré, d'un état d'âme correspondant au sien.

Généralement, cette aspiration amoureuse vise haut... C'est souvent « une *princesse lointaine* » vers laquelle l'érotomane dirige ses mystiques aspirations... D'abord timide et discret, il se dégage enfin de l'ombre où il adorait en silence, et c'est alors que sa poursuite obsédante fait de lui une personne gênante et souvent dangereuse. On peut définir l'érotomanie :

Une forme toute psychique de l'amour morbide dans laquelle la perversion génésique, de nature essentiellement obsédante, pousse irrésistiblement à la recherche de l'objet aimé, suscite des illusions délirantes en rapport avec le roman pathologique et se dégage de tout appétit charnel.

IX. Conclusions médico-légales. — Entre toutes les obsessions impulsives, il faut mentionner celles qui ont rapport aux anomalies de l'instinct sexuel parmi les plus impérieuses et les plus irrésistibles. Pour être déviée, la fonction n'en a pas moins les exigences d'un instinct. Aussi bien la destinée de beaucoup de pervertis sexuels est-elle d'aboutir à la satisfaction de l'appétit morbide et de se heurter aux lois qui ont pour but le maintien des bonnes mœurs, la garantie de la morale et de la sûreté publique. Comme c'est un sentiment commun que, dans une société bien organisée, on ne saurait être trop strict pour assurer cette protection, la justice ne se fait jamais plus sévère qu'en matière d'outrage et d'attentat à la pudeur. Mais l'appréhension d'un châtiment ne saurait être suffisante pour refréner une impulsion pathologique, et la preuve de cette inefficacité est fournie, à tout instant, par des faits démontrant que des pénalités accumulées s'abattent sur le perverti sexuel sans le modifier en rien. Si l'état psycho-moral d'un prévenu doit être l'objet d'une attention particulière, c'est bien quand l'inculpé est appelé à répondre d'un délit contre les bonnes mœurs, d'un crime empreint de fureur sexuelle. Il faut reconnaître que beaucoup de magistrats inclinent à le penser ainsi, et l'un d'eux, au Congrès d'anthropologie criminelle de Bruxelles (1892), n'hésitait pas à déclarer que tout prévenu de ce

genre doit être soumis à l'examen d'un médecin. La préoccupation de l'expert devra être de vérifier si l'état du sujet peut être juxtaposé à l'un des types connus de perversion sexuelle ; et, si ce rapprochement peut être légitimement établi, il n'hésitera pas, étant en face d'un malade, à le déclarer irresponsable, par application logique de l'article 64 de notre Code pénal qui attribue cette irresponsabilité à l'individu *contraint par une force à laquelle il n'a pu résister*. Les pervertis sexuels exhibitionnistes, fétichistes, sadiques, invertis, érotomanes, présentent des caractères distinctifs qui permettent au clinicien de les différencier des individus simplement vicieux. C'est à l'asile et non à la prison qu'il faut envoyer ces obsédés impulsifs, et le caractère odieux des attentats accomplis par certains d'entre eux ne doit pas faire oublier la nature pathologique de l'acte. Il est rare, d'ailleurs, que la perversion sexuelle soit le seul syndrome observé chez un dégénéré ; l'enquête a, le plus souvent, pour résultat de révéler d'autres manifestations épisodiques ; le syndromique est surtout un polysyndromique, et lorsque l'observation médico-légale a pris note de tout cet ensemble de signes précis, ce n'est plus seulement une opinion qu'on a à fournir au magistrat, c'est une démonstration.

M. Régis. — Les rapporteurs n'envisagent pas le terme impulsion de la même façon. Pour M. Garnier, l'impulsion est une sollicitation motrice vers un acte. Pour M. Krafft-Ebing, c'est un acte consciemment accompli. Il serait désirable de s'entendre exactement à cet égard, et de déterminer si l'impulsion est une tendance morbide à un acte, susceptible d'être ou non réalisé, ou bien si c'est l'acte lui-même. Pour ma part, je crois qu'il faut réserver le mot « impulsion » à la propension à l'acte, et ne pas confondre cette propension avec l'acte lui-même.

M. Garnier a laissé de côté le masochisme ou passivisme, cette perversion ne lui paraissant pas avoir d'importance au point de vue médico-légal. Je crois, au contraire, qu'elle peut en avoir non par elle-même, mais par son association avec d'autres perversions : l'exhibitionnisme, par exemple, comme cela existait chez J.-J. Rousseau, qui montrait son derrière sur le passage des femmes dans le but d'évoquer la fessée qu'il eût voulu recevoir d'elles ; le fétichisme également, comme chez un malade que j'ai récemment observé et qui n'éprouvait de volupté que lorsque, revêtu de bas noirs, de souliers jaunes, il était grondé, enfermé, mis au pain sec, attaché, battu, par une femme également en bas noirs et en souliers jaunes. M. Garnier ne me paraît pas avoir suffisamment insisté sur le côté médico-légal de la question, celui cependant qui était en discussion.

Il ne suffit pas, en effet, de constater que l'inculpé se juxtapose à l'un des types cliniques connus pour le déclarer irresponsable

La responsabilité des obsédés n'est pas celle des impulsifs et elle varie également avec chaque obsédé et chaque impulsif. Il est des obsédés sexuels, comme celui dont j'ai publié le cas dans les *Archives de l'anthropologie criminelle*, dont la perversion est presque purement psychique, représentative, platonique, tandis que d'autres sont presque fatalement poussés à des actes médico-légaux. Il y a donc là, comme toujours, en médecine légale, une question d'espèce et de mesure, et dans chaque cas, il convient d'étudier et de peser l'état obsédant proprement dit, et le degré de dégénérescence, et l'existence possible des divers éléments d'appoint, comme l'appoint alcoolique.

Une courte discussion s'engage entre M. Régis et M. Paul Garnier.

La glande prostatique dans ses rapports avec les perversions sexuelles; par Sutherland.

De la folie systématisée; par M. le Dr Séglas.

De la suggestion hypnotique et de la psychothérapie dans le traitement de la morphinomanie, de la dipsomanie; par le Dr Bérillon.

Discussion : M. Doutrebente.

Séance du mercredi soir 8 août. — Présidence de M. Magnan.

Traitement de la masturbation par l'hyosciamine; par les Drs Mairet et Delteil.

Du repos au lit dans le traitement des psychoses aiguës; par le Dr Bracco (de Jassy).

De la chirurgie des aliénés; par le Dr Picqué (de Paris).

Discussion : MM. Giraud et Picqué.

La famille des paralytiques généraux.

MM. Vallon et Wahl (Paris). — Il résulte de l'étude de nombreux cas de paralysie générale que l'on trouve fréquemment dans les familles de ces malades, aussi bien chez leurs ascendants que chez leurs descendants et leurs collatéraux, toutes les formes possibles de maladies nerveuses et mentales : en effet, il n'est pas rare d'y rencontrer des aliénés vésaniques, des hystériques, des épileptiques, des sujets atteints d'affections nerveuses de toute nature et aussi des suicidés, des déséquilibrés de tous genres. C'est donc suivant nous une erreur que de distinguer, comme le font

certains auteurs, l'hérédité congestive et l'hérédité vésanique et d'admettre que la première seule se rencontre dans les familles de paralytiques généraux.

M. Régis (Bordeaux). — Nous n'avons jamais soutenu que les descendances de paralytiques généraux n'étaient pas tarées. Nous avons soutenu qu'elles l'étaient d'une autre façon que les familles de vésaniques et qu'elles l'étaient moins. Elles le sont d'une autre façon, car ce qui domine chez elles, c'est la fréquence de la fausse couche et de la morte-naissance. Elles le sont moins, parce que la tare qui pèse sur elles est surtout la tare syphilitique, et qu'elles subissent une sorte d'épuration par le fait même de la mort avant terme, qui élimine de la famille les éléments les plus mauvais.

Giraud, Toulouse, Doutrebente et Villon ont également pris part à la discussion.

Compylogramme cranien. — Discussion : **MM. Briand, Bojenoff et Blin.**

M. Blin (Vaucluse) présente un nouveau craniomètre auquel il donne le nom de campylogramme cranien, destiné à déterminer par la méthode des coordonnés polaires tous les points de la calotte cranienne par rapport à un point fixe placé au centre de la ligne bi-auriculaire. Cet appareil permet d'obtenir, par le report des mesures sur des feuilles spéciales, toutes les courbes de la calotte cranienne, horizontale maxima, antéro-postérieure, transverse, obliques et d'obtenir ainsi le rayon moyen de la calotte cranienne. La comparaison du rayon moyen de la partie gauche du crâne, avec celui de la partie droite, donne une mesure exacte des asymétries. M. Blin présente les courbes prises avec cet appareil sur divers types pathologiques ou normaux.

Le placement des aliénés dans les familles, système d'Écosse ; par le Dr Sutherland.

M. Keraval (d'Armentières) rappelle qu'au *Congrès international d'Assistance publique* de 1889 il a fait un rapport sur : *Les aliénés hors des asiles publics et privés, les colonies d'aliénés, l'assistance à domicile.* — Sir John Cibbald, Fletcher Beach, Clark Bell, A. Marie, Bojenoff, Toulouse, Sutherland, Doutrebente, Giraud ont également pris part à la discussion. (On trouvera des renseignements nombreux sur les divers modes d'assistance des aliénés dans les nombreux rapports de M. Bourneville, au Conseil général de la Seine et à la Commission de surveillance.)

Des hallucinations visuelles complémentaires chez les amputés.

M. P. Parisot (Nancy). — Chez quelques amputés il existe des

hallucinations visuelles qui viennent se surajouter aux diverses hallucinations que les auteurs ont déjà étudiées et groupées pour constituer le membre fantôme.

D'après les faits cliniques que j'ai observés, un amputé ne sent pas seulement son membre perdu, mais il peut le voir distinctement sous un aspect analogue à celui du membre symétrique qui lui reste.

La vision du membre fantôme se modifie par l'interposition de verres de couleur entre l'œil du sujet et l'image caractérisée.

Les hallucinations visuelles sont tantôt spontanées, tantôt provoquées par la volonté de l'amputé ou par une excitation quelconque du moignon; elles n'existent que chez les amputés qui ont un membre fantôme, mais si ce dernier n'est senti que partiellement, il est cependant vu dans sa totalité.

La persistance de l'association fonctionnelle du centre visuel cortical avec les autres régions sensitivo-sensorielles ou psycho-motrices de l'écorce cérébrale explique la production de ces hallucinations de la vue qui viennent ainsi compléter le membre fantôme.

Sur le délire consécutif aux brûlures graves.

M. Régis (Bordeaux). — A mon sens, toute intoxication, quelle qu'elle soit et d'où qu'elle vienne, si elle donne lieu à du délire, doit produire du délire onirique (*rêve en action*) et, comme corollaire, tout délire onirique implique à son tour un substratum d'intoxication. C'est ainsi que j'ai pu établir que certaines psychoses, par exemple la psychose traumatique et la psychose post-opératoire vraies, j'entends celles dues à l'action directe ou indirecte du shock ou des divers éléments de l'opération, et non pas à une disposition vésanique préexistante, étaient des psychoses auto-toxiques, à type onirique.

En est-il de même en ce qui concerne les brûlures ? On sait que les accidents consécutifs aux brûlures graves et étendues, de même que ceux du vernissage, sont considérés comme le résultat d'une auto-intoxication que l'on a pu comparer à l'urémie.

Les recherches et expériences des auteurs récents, en particulier celles de Foa, Reiss, Vassale et Sacchi, Kianicine, Boyer et Guimard, enfin Roger, sont très démonstratives à cet égard. Les brûlures graves doivent donc, si ma proposition est vraie, se traduire, elles aussi, cérébralement, par du délire onirique.

J'ai eu l'occasion d'étudier récemment un cas typique de délire de brûlure, d'où il suit : Que les brûlures graves et étendues peuvent donner naissance à des troubles psychiques se manifestant sous la forme de confusion mentale avec délire à type onirique ; que c'est là un argument de plus à l'appui de l'opinion que le délire onirique est le délire caractéristique des intoxications, quelles qu'elles soient.

De l'idiotie morale et de sa fréquence dans la descendance des aliénés; par le Dr Daniel Brunet, directeur-médecin honoraire des asiles publics d'aliénés.

Morel a démontré que les maladies mentales allaient en s'aggravant d'une génération à l'autre, et qu'on rencontrait souvent la folie morale dans la descendance des aliénés. L'exactitude de ces deux faits, qui sont fondamentaux dans l'étude de l'aliénation mentale, héréditaire est incontestable, et nous l'avons souvent vérifiée nous-même. S'ils présentent d'assez nombreuses exceptions, cela tient à ce que, lorsqu'il n'y a qu'un parent aliéné, son influence nocive peut être diminuée, ou annihilée par celle du générateur bien portant.

L'expression de folie morale désigne une grande perversion morale, caractérisée par l'exaltation d'un ou plusieurs instincts égoïstes, et l'absence plus ou moins complète des instincts altruistes. Elle rend les individus, chez lesquels elle existe, incapables de s'adapter à l'ordre social. Cette expression est impropre, parce qu'elle paraît supposer que cette perversion s'accompagne d'idées délirantes, ce qui n'a pas lieu, à moins de complication qui, il est vrai, n'est pas rare. Le nom d'idiotie employé par quelques auteurs pour la désigner, quand elle est congénitale et, sous lequel Krafft-Ebing la décrit, avec une grande précision, lui convient beaucoup mieux. Quand elle est acquise, par suite de maladies accidentelles, ou de mauvaises conditions sociales, on doit lui donner le nom de démence morale.

On peut subdiviser l'idiotie morale, en idiotie proprement dite, imbécillité et débilité morales, suivant les degrés de la perversion. Cette idiotie est une dégénérescence, comme l'admettent Magnan, Féré, J. Voisin, et, non pas un retour à l'état sauvage de nos ancêtres, comme le prétend Lombroso, au moyen d'arguments spécieux [1].

Le peu ou pas de viabilité des enfants, des idiots moraux, ou criminels nés, la stérilité fréquente de ceux-ci, l'absence de poils sur plusieurs parties du corps qui en sont habituellement pourvues, ne se rencontraient pas chez nos ancêtres, très prolifiques, doués d'une vigoureuse santé, d'un système pileux très abondant, et qui ne manquaient pas, d'ailleurs, de sentiments altruistes, sans quoi ils n'auraient pas pu vivre en société.

Les stigmates physiques de la dégénérescence morale diffèrent peu de ceux de la dégénérescence intellectuelle, que personne ne regarde, pas plus que la folie, comme un retour atavique. Ils ne sont d'ailleurs pas constants et, quand ils existent, ils sont parfois

[1] Voir les nombreuses observations que nous avons publiées dans nos *Comptes-rendus* de Bicêtre de 1880 à 1900. (B.).

très peu marqués, très peu nombreux, ce qui leur ôte alors toute importance réelle. En outre, on peut les rencontrer chez des individus dont toutes les facultés cérébrales sont bien développées.

L'idiotie morale s'accompagne souvent d'une certaine faiblesse intellectuelle, mais elle peut aussi coexister avec la plus haute intelligence, comme le fait justement remarquer Maudsley.

Les idiots moraux constituent un danger permanent pour la société, et devraient être placés dans des maisons spéciales où l'on tâcherait d'améliorer leur état. Ils n'en sortiraient que sur l'avis d'une commission compétente, qui examinerait si leur amélioration est suffisante pour permettre de les rendre à la liberté.

Leur place n'est pas dans les asiles d'aliénés, où ils sont une cause continuelle de désordre par leurs instincts vicieux et leurs fréquentes tentatives d'évasion, contre lesquelles ces établissements ne présentent pas d'assez grandes garanties. Pour empêcher la réussite de ces tentatives, on est forcé d'exercer sur eux une surveillance très rigoureuse, de les priver souvent de tout travail, ce qui rend leur vie très pénible et aggrave leur état.

On peut subdiviser les différentes formes de l'idiotie morale, d'après l'instinct égoïste le plus développé, et admettre des idioties nutritive, sexuelle, destructive, ambitieuse[1]. L'idiotie destructive caractérisée par l'excitation de l'instinct destructeur est la forme la mieux caractérisée, la plus fréquente ; elle comprend la pyromanie, la monomanie homicide, tous les actes de violence et de cruauté désordonnés. J'ai observé, pendant plusieurs années, deux jeunes gens chez lesquels cet instinct était tellement irrésistible, qu'ils ne pouvaient s'empêcher, quand ils avaient les mains libres, de déchirer immédiatement tous leurs vêtements, de briser, de casser tous les objets qui se trouvaient à leur portée, et l'un d'eux se livrait, en outre, à des actes de violence sans aucun motif envers ses gardiens, cherchait même à attenter à leurs jours. Ils n'étaient pas épileptiques, n'avaient pas d'idées délirantes, mais présentaient une légère faiblesse intellectuelle. Le moins violent était hémiplégique depuis sa première enfance.

L'idiotie morale est produite par des malformations et des lésions morbides cérébrales ; elles sont moins bien connues que celles de l'idiotie intellectuelle, parce que les individus qui en sont atteints, meurent la plupart dans les maisons de détention, et que, par un singulier excès de bienveillance à leur égard, l'admission pénitentiaire refuse de laisser faire leurs autopsies, comme s'ils étaient plus dignes d'intérêt que les aliénés, dont les autopsies sont obligatoires, que les malades de nos hôpitaux.

L'idiotie morale est très fréquente chez les enfants des aliénés, et

[1] Le même principe peut servir à établir une classification des différentes formes de folie.

nous l'avons observée, nettement prononcée dans le tiers des cas des dégénérés. Presque tous les autres, sans présenter une dégénérescence aussi grande, avaient une certaine débilité morale. Cette faiblesse des facultés morales chez les dégénérés s'explique facilement par les causes de la folie, qui consistent ordinairement dans une excitation, trop vive ou trop prolongée, des instincts égoïstes, persistant pendant toute la durée des troubles intellectuels, et se prolongeait même souvent au-delà de cette durée. Cette excitation développe nécessairement ces instincts, et ce développement morbide exagéré est encore accru chez les enfants des aliénés, par la transmission héréditaire qui, comme nous l'avons dit, est progressive.

Pour empêcher la folie et le crime, qui sont bien de la même famille, de se produire chez ces enfants, il importe de réprimer leurs sentiments de la personnalité, de développer ceux de la sociabilité, par une longue éducation morale bien dirigée, de leur assurer une vie sobre, calme et laborieuse. L'instruction, qu'il ne faut pas négliger, a une influence préventive, beaucoup moins grande que l'éducation.

Séance du jeudi matin 9 août. — PRESIDENCE DE M.

Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de la confusion mentale, avec projections des préparations histologiques.

MM. ROUBINOVITCH et VLAVIANOS (de Paris). — Les auteurs démontrent l'insuffisance des notions nosologiques, pathogéniques et anatomo-pathologiques concernant le syndrome de la confusion mentale. Ils apportent deux faits nouveaux dans lesquels le syndrome de la confusion mentale s'est développé nettement sous l'influence d'une infection : dans le premier cas, à la suite d'un abcès phlegmoneux du sein, dans le second, après une endométrite purulente. Dans la première observation, la confusion mentale typique était précédée d'un délire systématisé d'une durée de quarante-huit heures. Le second cas constitue un type de confusion mentale psycho-primitive. Les deux cas se terminèrent rapidement par la mort.

Au point de vue anatomo-pathologique, il s'agissait dans la première observation, d'une congestion méningée, sans aucune lésion histologique des cellules de l'écorce examinée par la méthode de Nissl. Des lésions très importantes furent constatées chez la malade dont la confusion mentale se déclara au cours d'une endométrite purulente. Là, MM. Roubinovitch et Vlavianos trouvèrent : de l'œdème cérébral et de l'injection pie-mérienne très accentuée. L'examen histologique des coupes faites par la méthode de Nissl avec coloration au bleu de toluidine sur des segments de la partie

inférieure de la troisième frontale gauche et du lobule paracentral démontra l'existence des lésions suivantes :

1° Distension des grandes cellules de la couche pyramidale dont la forme est devenue arrondie ; cette modification paraissant caractéristique et ayant été déjà signalée par Gilbert Ballet, etc.. les auteurs proposent de la désigner par un terme spécial de *Cytarœdème* (Κύταρον = grosse cellule ronde, οἴδεμα = œdème), qui indique le changement morphologique de la grande cellule pyramidale ainsi que la nature œdémateuse de cette altération.

2° Chromatolyse cellulaire avec disparition des grains chromatophiles ou *aspect poussiéreux* de ces grains.

3° Déplacement du noyau vers la périphérie de la cellule et parfois disparition complète du noyau.

4° Absence des prolongements dans les cellules ainsi lésées.

5° Augmentation inusitée de noyaux névrogliques.

Contribution à l'étude de la fréquence de l'hérédité dans l'étiologie des états mentaux chez l'enfant.

M. Blin. — Dans 216 cas de débilité mentale ou d'imbécilité, l'hérédité existait dans tous les cas. Dans 84 cas de psychoses diverses, l'hérédité se trouvait dans 6 cas, soit 92,85 p. 100. Sur ces 300 cas l'alcoolisme se rencontrait dans 68 p. 100 des cas comme facteur étiologique et la folie dans 38 p. 100 des cas.

Sur la physionomie et la progression de certaines lésions cellulaires corticales accompagnant les accidents mentaux des maladies générales.

M. Maurice Faure (Paris) présente quinze photographies microscopiques reproduisant l'aspect des cellules pyramidales (grandes cellules du lobule paracentral) chez douze malades, morts de maladies générales (pneumonie, tuberculose, lésions du foie, lésions du rein), avec des troubles mentaux plus ou moins accentués. On constate que, dans cinq cas, les cellules ont conservé le type normal, ce qui démontre, une fois de plus, que l'on peut avoir certains troubles fonctionnels cérébraux, même accentués, sans que la lésion correspondante de l'organe soit appréciable à nos investigations. Dans sept cas, au contraire, les cellules sont manifestement altérées, et cette altération présente exactement les mêmes caractères dans tous les cas : forme globuleuse de la cellule, migration périphérique du noyau, décoloration centrale de la cellule.

Si donc l'hypothèse qui impute l'apparition des troubles mentaux dans les maladies générales (délire fébrile, confusion mentale, hallucinations, etc.) à l'action cérébrale des poisons fabriqués dans

un organisme infecté ou intoxiqué est une hypothèse exacte, elle peut s'appliquer avec la même vraisemblance à l'explication des lésions que nous avons rencontrées.

Ces lésions, que nous avons vainement recherchées dans un grand nombre d'autres autopsies d'origine variées, dont le type est fort différent des lésions banales que l'hyperthermie, l'agonie, la décomposition cadavérique peuvent réaliser, paraissent devoir être rencontrées dans les cas où une toxi-infection, quels qu'en soient la nature et le siège, agira sur les cellules nerveuses pour en modifier la structure et la fonction.

Discussion : MM. DOUTREBENTE, BRIAND, REY et Maurice FAURE.

De l'isolement des tuberculeux dans les asiles d'aliénés ; par A. MARIE et TOULOUSE.

MM. MARIE et TOULOUSE (Villejuif). — Cette communication est suivie de l'adoption du vœu suivant : « Le Congrès émet le vœu qu'il soit procédé à l'isolement et au traitement des aliénés tuberculeux dans les asiles d'aliénés, en pavillons spéciaux pour un asile ou en sanatoria affectés à plusieurs établissements. »

Discussion : MM. REY, GIRAUD, BRIAND, DOUTREBENTE et A. MARIE.

Passage entre la vie ordinaire et la maison d'aliénés; par le Dr Gustave d'OLAK (de Buda-Pesth).

Rapport entre la criminalité des enfants et alcoolisme des parents ; étude clinique; par M. ROBINOWITCH (de New-York).

Conditions d'avancement du personnel des asiles; par DOUTREBENTE.

Du travail comme moyen de traitement des aliénés et spécialement du travail agricole à la colonie du Verger, annexée à l'asile d'Auxerre ; par le Dr LAPOINTE.

Un cas d'empoisonnement par la strychnine par erreur d'un pharmacien, manifestations physiques et psychiques consécutives à cet empoisonnement; par le Dr TERRIEN (Vendée). — Ce travail a été publié *in extenso* dans le n° 37 du *Progrès médical,* 1900, p. 177.

La colonie d'aliénés de Lierneux ; par le Dr DEPERON.

Des responsabilités pénales et civiles dans les cas de placements familiaux d'aliénés; par les Drs MARIE et TOULOUSE.

Discussion : M. DOUTREBENTE.

Présentations de photographies, pièces anatomo-pathologiques ;
par le Dr Taty (de Lyon).

Nocivité de l'hérédité pathologique.

MM. Mairet et Ardin-Delteil (Montpellier), au cours de recherches faites sur les causes héréditaires de la folie, ont été amenés à étudier, parmi les effets de ces causes sur les descendants, ceux qu'elles exercent sur la natalité, sur la léthalité et sur le système nerveux, ces derniers s'exprimant sous la forme de ces stigmates que l'on regarde comme l'expression symptomatique de la prédisposition. Ces auteurs ont étudié ainsi successivement, en les comparant à l'hérédité normale : l'hérédité vésanique ; l'hérédité qu'ils désignent sous le nom de psychique, et qui comprend les cas dans lesquels existent chez les ascendants des troubles du caractère portés à un haut degré, sans toutefois constituer une véritable folie ; l'hérédité nerveuse ; l'hérédité diathésique ; l'hérédité cérébrale et l'hérédité alcoolique.

Voici les conclusions générales auxquelles ces auteurs sont arrivés : 1° Aucune des causes héréditaires précédentes ne diminue la natalité ; 2° Ces diverses causes diminuent toutes la résistance vitale, diminution exprimée par la léthalité plus grande des produits héréditaires. Cette diminution va en s'accentuant graduellement des familles saines aux familles d'aliénés, de psychiques, de diathésiques, de nerveux, de cérébraux et d'alcooliques ; 3° La diminution de la résistance vitale est surtout marquée chez les enfants du premier âge, au-dessous de trois ans, dont la léthalité va en croissant des familles saines aux familles des aliénés, des diathésiques, des psychiques, des cérébraux, des nerveux et des alcooliques ; 4° La léthalité des survivants serait à peu près la même dans les familles saines, vésaniques, psychiques et nerveuses ; elle serait augmentée dans les familles diathésiques et alcooliques, ce qui indique dans ces dernières une action plus générale de l'hérédité sur les descendants ; 5° Ces causes héréditaires peuvent marquer leur action sur le système nerveux des descendants par des stigmates. A ce point de vue, celles qui marquent leur action sur le moins grand nombre d'enfants sont : les hérédités vésanique et cérébrale ; puis viennent les hérédités diatéhsique et nerveuse, dont l'action est déjà plus générale : et, enfin, l'hérédité psychique et l'hérédité alcoolique, dont les effets sont plus généraux encore ; 6° L'hérédité alcoolique, tient toujours le premier rang au point de vue de l'influence nocive sur les descendants.

Après une allocution de MM. Magnan, Ritti et Meschède, la section de Psychiatrie du *XIIIe Congrès international de Médecine* est déclarée close. — Nous rappelons à nos lecteurs que le *Congrès*

des aliénistes et neurologistes de langue française se tiendra au commencement du mois d'août 1901, à Limoges.

Section de Neurologie (*suite*).

Séance du samedi 4 août (matin). — Présidence de M. Minor (de Moscou).

Résumé du rapport sur *La nature des réflexes tendineux* ; par le professeur E. Jendrassik (de Budapest).

1° Les réflexes tendineux sont de vrais mouvements réflexes, dont la voie mène directement à travers la substance grise de la moelle, à la hauteur des deuxième et quatrième racines lombaires.

2° Le réflexe rotulien et les réflexes tendineux en général sont le résultat d'une excitation brusque, mécanique, momentanée des nerfs sensitifs des tissus environnant le tendon et ne sont pas transmis au muscle par une vibration du tendon.

3° Le réflexe rotulien et les réflexes tendineux en général ne peuvent être identifiés avec les autres mouvements réflexes ; les réflexes cutanés ordinaires sont des réflexes dont l'arc remonte jusqu'au cerveau, probablement jusqu'à l'écorce, tandis que les mouvements réflexes qu'on observe chez les paraplégiques myélitiques, à la suite d'une excitation cutanée quelque peu prolongée et produisant des flexions de la cuisse, de la jambe et une flexion dorsale du pied, rarement une autre forme de mouvement, sont des réflexes pathologiques résultant d'une sorte de débordement du courant nerveux empêché de trouver son chemin au cerveau, ou d'une excitabilité accrue des éléments nerveux de la moelle séparée des centres supérieurs.

4° Le tonus musculaire a une large influence sur les réflexes tendineux ; s'il est augmenté, le réflexe est plus vif ; l'abaissement du tonus peut même abolir ces réflexes.

5° L'abolition des réflexes patellaires dans le tabes n'est pas suffisamment expliquée par les théories actuelles ; il est très vraisemblable que l'abaissement du tonus musculaire est la cause ordinaire de cette abolition.

6° D'apres les observations actuelles, l'abolition des réflexes tendineux, en cas de maladie du cerveau, est exceptionnelle et peut être causée par *shock* nerveux ou par une lésion secondaire de la moelle.

7° L'abolition des réflexes tendineux en cas de maladie du cervelet n'est notée que dans un nombre restreint de cas de cette

affection, dans laquelle, au contraire, l'exagération de ces réflexes est la règle. Aussi semble-t-il bien probable que dans les cas de tumeur du cervelet cette abolition était plutôt un symptôme général, dû à une hydromyélie consécutive ou à des contractures rigides des muscles.

8° La perte des réflexes patellaires n'est nullement une preuve d'une division transversale totale des éléments nerveux de la moelle.

9° L'abolition des réflexes patellaires dans les lésions traumatiques de la moelle cervicale ou dorsale est une preuve clinique que la substance grise de la moelle lombaire est aussi atteinte; cette extension du processus pathologique n'est pas toujours démontrable par nos moyens histologiques actuels, mais elle est prouvée par l'entrée en scène des troubles trophiques graves : décubitus aigu, cystite et pyélite septiques, troubles vasomoteurs, atrophie musculaire, etc. Donc l'abolition des réflexes rotuliens est un symptôme de mauvais augure, excepté les cas possibles mais rares où la perte de ces réflexes est causée par *shock* nerveux.

10° L'examen des réflexes rotuliens n'est pas toujours facile à faire dans les états paraplégiques, il faut bien se tenir aux règles de cet examen : il n'est pas rare qu'on réussisse à provoquer par des moyens appropriés ce réflexe dans des cas où il semblait absent, même avec des essais réitérés.

Résumé du rapport sur la *Nature des réflexes tendineux*; par le professeur Sherrington (Liverpool).

On comprend sous ce nom deux espèces différentes de phénomènes :

1° De vrais réflexes spinaux et spino-cérébraux partis des tendons;

2° Des pseudo-réflexes communément nommés phénomènes tendineux ou « secousses » par les auteurs anglais et américains.

Les premiers (1°) sont faciles à expliquer. Les tendons des muscles, que Bichat avait dès longtemps reconnus doués de sensibilité, contiennent les organes terminaux des nerfs afférents. Ce sont les organes terminaux décrits par Golgi, Ruffini et d'autres. Ces organes peuvent être excités par des moyens mécaniques, et le stimulant qui est leur mode normal et approprié d'excitation est probablement une tension mécanique. Les vrais réflexes tendineux n'ont pas autant d'importance en clinique que les pseudo-réflexes (phénomènes tendineux, « secousses »).

Les seconds (2°) ont pour type la « secousse du genou ». On peut objecter à la dénomination de « phénomène tendineux » le fait que le tendon n'est pas essentiel à ce phénomène. On voit que ce ne sont pas de vrais réflexes à ce que le temps de latence de la réac-

tion est assez court pour exclure la possibilité d'une réaction par l'intermédiaire d'un centre nerveux. La « secousse » est une réponse directe du muscle à une tension mécanique subite. C'est seulement quand l'excitabilité du muscle est grande qu'on peut obtenir cette réponse directe du muscle. Quand le muscle est séparé des neurones spinaux moteurs qui l'innervent, son excitabilité est trop amoindrie pour que la réponse soit possible. Quand les racines spinales afférentes en rapport avec le tonus spinal du muscle sont sectionnées, l'excitabilité musculaire diminue trop pour qu'il réponde directement à une tension mécanique subite. Aussi est-il nécessaire pour que la « secousse » se produise que le tonus spinal du muscle subsiste. L'arc réflexe dont dépend le tonus spinal du muscle est composé de fibres nerveuses afférentes venant du muscle lui-même (le triceps crural dans le cas de la « secousse » du genou) et des neurones moteurs innervant ce muscle. L'activité de cet arc réflexe peut être exaltée ou inhibée par l'activité de divers autres arcs spinaux ou spino-cérébraux. L'ablation des hémisphères cérébraux entraîne immédiatement une très grande exaltation du tonus du muscle triceps crural traduisant l'exaltation de l'activité des neurones spinaux moteurs innervant ce muscle. La « secousse du genou » est alors très exaltée au point qu'un simple coup sur le tendon patellaire peut provoquer toute une série de secousses rythmiques.

D'autre part, l'activité des neurones spinaux moteurs innervant le triceps crural peut être amoindrie par l'excitation de l'activité des neurones moteurs qui innervent les muscles antagonistes, les fléchisseurs du genou. L'activité de ces neurones moteurs des fléchisseurs du genou est habituellement associée à un certain degré d'inhibition des muscles extenseurs du genou. Le réflexe spinal le plus facile à obtenir dans les membres postérieurs des animaux par l'excitation du membre lui-même est la flexion du membre au genou et à la hanche. Aussi un moyen facile de provoquer l'inhibition de la « secousse du genou » est d'exciter le mouvement réflexe du membre postérieur dans une portion du membre parce que les fléchisseurs du genou entrent en jeu, et l'activité des cellules motrices des extenseurs est alors partiellement ou complètement inhibée. L'inhibition peut être particulièrement bien obtenue en excitant les muscles fléchisseurs eux-mêmes, par exemple le demi-membraneux.

Communications diverses.

Etat actuel de la question des rapports des réflexes patellaires après la section transversale et totale de la moelle au-dessus des lombes; par Bruns (de Hanovre).

1° Aucun cas nouveau n'est venu infirmer jusqu'à présent la

communication de Bastian, d'après laquelle la lésion transversale supra-lombaire est suivie d'une paralysie qui demeure stationnaire, accompagnée par l'abolition du réflexe patellaire ; 2° d'autre part, les cas observés avec exactitude au point de vue du phénomène de l'arc réflexe patellaire périphérique n'ont pas donné jusqu'à présent un bagage anatomique suffisant pour expliquer l'abolition de ce réflexe ; 3° on observe encore la lésion transversale complète et l'absence du réflexe dans les affections aiguës, en particulier les « traumen » ; dans les inflammations et ramollissements intercurrents subaigus, dans les compressions et perforations lentes, les tumeurs par exemple ; 4° si le siège de la lésion supra-lombaire est plus élevé, on voit encore apparaître le syndrome de Bastian. C'est ainsi qu'on l'observe dans certaines lésions dorsales, aussi bien que dans les lésions sous-cervicales ; 5° l'opinion de Bastian n'est pas non plus contredite par les expériences faites sur les animaux.

Chez le singe, par exemple, la section transversale lisse supra-lombaire entraîne la perte du réflexe patellaire, souvent pendant des semaines. Il apparaît ensuite de nouveau, presque aussi accusé qu'auparavant.

Au contraire, chez le chien et le lapin, le réflexe, dès le début, est exagéré. Il semble que chez les animaux les réflexes dépendent en grande partie des influx cérébraux, et que chez l'homme ils ne peuvent même pas exister sans ces influx.

Réflexes cutanés et réflexes tendineux; par Van GEHUCHTEN (de Louvain).

Des faits cliniques exposés, V. G... fait ressortir l'indépendance absolue des réflexes cutanés vis-à-vis des réflexes tendineux : les réflexes tendineux peuvent être abolis alors que les réflexes cutanés persistent avec leurs caractères normaux ; les réflexes cutanés peuvent être abolis alors que tous les réflexes tendineux sont exagérés. — V. G... expose ses anciennes opinions sur les conditions anatomiques nécessaires à la production des réflexes cutanés ou tendineux et ses recherches nouvelles qui le portent à considérer le noyau rouge comme un centre réflexe important. Il montre que les centres nerveux supérieurs réagissent sur les cellules motrices de la corne antérieure de la moelle par deux voies nettement distinctes : la voie cortico-spinale et la voie rubro-spinale. Ces deux voies descendent dans le cordon latéral de la moelle épinière où elles sont formées toutes les deux de fibres croisées. Dans le tabes spasmodique, dans la paraplégie spasmodique due à une compression médullaire, il y a interruption des fibres cortico-spinales et intégrité relative des fibres rubro-spinales : or, c'est précisément dans ces deux états que l'on observe l'exagération des

réflexes tendineux et l'abolition des réflexes cutanés. *Les réflexes cutanés seraient liés à l'intégrité de la voie cortico-spinale et les réflexes tendineux à l'intégrité de la voie rubro-spinale. Les premiers auraient une origine corticale. Les seconds seraient d'origine mésencéphalique.*

De l'étude des réflexes cutanés et tendineux découle une autre conséquence : la lésion des fibres cortico-spinales entraîne l'abolition complète du réflexe abdominal et du réflexe crémastérien ; pour le réflexe plantaire il n'en est pas ainsi : le frôlement de la plante du pied n'amène plus la flexion des orteils, mais l'extension du gros orteil. V. G... ne voit pas là, avec Babinski, une perturbation du réflexe plantaire normal ; pour lui, le réflexe plantaire a disparu comme le réflexe crémastérien et l'abdominal, *le phénomène des orteils ou réflexe de Babinski est quelque chose de tout à fait nouveau;* c'est incontestablement un réflexe cutané, mais ce n'est pas un réflexe plantaire ; il ne se produit pas exclusivement par l'excitation de la plante du pied ; il est un phénomène témoin de l'activité réflexe exagérée du tronçon inférieur de la moelle lésée. Mais cette exagération dans l'activité réflexe de la moelle ne s'applique pas aux réflexes physiologiques ; elle donne naissance à des réflexes nouveaux, de nature pathologique.

Discussion. — M. le professeur Hitzig (de Halle). — La matière que nous traitons est tellement compliquée que si chacun voulait dire ce qu'il a sur le cœur, nous n'en finirions jamais. Je me borne donc à adresser une seule question à M. Sherrington, et cela, puisqu'il le désire, en anglais : « I want to ask Doctor Sherrington, if he has cut other muscles than the biceps or their nerves, for instance of the sacral plexus, and, if he didso, if he perhaps also observed an increase of the knee-jerk. »

M. Sherrington (de Liverpool). — La section du biceps ou de son nerf est suivie régulièrement d'une augmentation du réflexe rotulien. Le même effet, quoiqu'à un degré moins prononcé, peut être produit par la section d'autres muscles ou nerfs du plexus sacré.

M. le professeur Hitzig (de Halle). — S'il en est ainsi, il sera permis de considérer cette augmentation du réflexe non pas comme un effet purement fonctionnel, mais comme l'effet d'un travail anatomique qui se produit par suite d'une dégénération ascendante de la moelle.

M. O. Vogt (de Berlin). — A propos du rapport de M. Sherrington, je voudrais mentionner quelques expériences que j'ai faites à l'aide du nouvel appareil de M. Sommer ; j'ai constaté, chez des personnes normales, une influence caractéristique des divers états de conscience sur l'intensité du réflexe patellaire. Par exemple, on observe une exagération de ce réflexe avec tendance au clonus

sous l'influence de la gaieté et une diminution allant jusqu'à l'abolition sous l'influence de la tristesse.

Or, ces différents changements d'intensité du réflexe sont toujours parallèles à des variations dans le tonus des muscles. Dans les cas où le réflexe était fort, le tonus des extenseurs l'était proportionnellement. Dans les cas de diminution du réflexe, il s'agissait, soit simplement d'une diminution du tonus des extenseurs, soit directement, d'une contraction des fléchisseurs. Nous nous trouvons donc ici en présence de phénomènes qui ont beaucoup de ressemblance avec les expériences faites par M. Sherrington sur les animaux et qui montrent aussi bien que celles-ci la dépendance des réflexes tendineux du tonus des différents groupes de muscles. De plus, ces expériences montrent très nettement la dépendance du tonus des muscles des procédés cérébraux, fait sur lequel M. Bruns a insisté avec tant de raison.

M. Bruns (de Hanovre). — Les réflexes cutanés sont en général, même à l'état normal, si divers qu'ils perdent par là même beaucoup de leur signification. En tout cas, dans les paraplégies spasmodiques, ils sont souvent anormaux. Dans un cas de paraplégie spastique avec exagération des réflexes tendineux, j'ai trouvé un type de flexion évident pour le réflexe plantaire.

M. Jendrassik (de Budapest). — J'ai déjà trop abusé de votre temps, je voudrais seulement mentionner que j'ai supprimé quelques pages de mon rapport et entre autres la description du cas de section totale de la moelle que j'ai observé. Quant aux mensurations du temps perdu, je suis d'avis que la différence de la longueur de cette période tient à la différence de localisation des réflexes qui vient d'être brillamment soutenue par M. van Gehuchten. On croyait le temps perdu du réflexe patellaire trop court, parce qu'on considérait les réflexes cutanés comme des réflexes spinaux et on était d'avis que le temps de réaction des réflexes cutanés est le temps perdu le plus court des réflexes.

M. van Gehuchten (de Louvain). — Je crois que M. Bruns n'a pas compris exactement ma pensée. Je n'ai pas dit que le réflexe de Babinski n'était pas un réflexe cutané. Mais, je crois que ce n'est pas un réflexe *plantaire*, et cela parce que ce réflexe peut survenir non pas seulement à la suite de l'irritation de la plante du pied, mais encore à la suite de la piqûre de la peau de n'importe quelle partie de la jambe et même de la face postérieure de la cuisse.

Pour démontrer l'exagération de la réflectivité médullaire, M. Bruns rapporte les cas de compression médullaire accompagnés de paralysie et d'anesthésie et dans lesquels le moindre attouchement de la peau est suivi de mouvements réflexes étendus aux deux membres inférieurs, et il rapproche ces cas pathologiques des faits que l'on observe chez la grenouille décapitée.

Je suis entièrement d'accord avec M. Bruns. Je n'ai pas dit que dans les cas de lésion transversale complète de la moelle, TOUTE réflectivité médullaire était abolie. Cette abolition ne se rapporte qu'aux réflexes physiologiques, aux réflexes normaux : l'abdominal, le crémastérien, le plantaire, le rotulien, l'achillen, etc. Ces réflexes *normaux* sont abolis.

Le tronçon inférieur de la moelle présente, dans ces conditions, une réflectivité anormale, pathologique. C'est cette réflectivité anormale qui est exagérée. Ces mouvements réflexes *anormaux* ne sont pas liés à une irritation nettement *localisée*, mais on peut les produire en excitant n'importe quelle partie de la surface cutanée des membres inférieurs. Ce sont en quelque sorte des réflexes défensifs analogues aux réflexes classiques de la grenouille décapitée.

M. R. Hirshberg (Paris). — Dans un cas de myélite syphilitique j'ai eu l'occasion d'observer la diminution et ensuite l'abolition successive des réflexes tendineux et cutanés. Dans l'ordre chronologique c'est le réflexe crémastérien qui a disparu, ensuite le réflexe abdominal. Cependant le réflexe plantaire reste encore très vif. Le réflexe tendineux rotulien s'affaiblit à son tour et finit par disparaître. La trépidation spinale du pied s'éteint également quelque temps après. Le réflexe cutané plantaire s'affaiblit à son tour. Après l'excitation habituelle de la plante du pied il ne se produisait plus de secousse de toute la jambe, mais simplement un mouvement des orteils et une contraction du fascia lata. Enfin le phénomène des orteils disparaît à son tour, mais jusqu'à ce jour une faible contraction du fascia lata persiste. Ce dernier vestige du réflexe cutané finira aussi probablement par disparaître. Je crois donc que le phénomène de Brissaud doit être considéré comme le minimum de réaction du réflexe cutané plantaire.

Du réflexe iléo-moteur de la pupille; par le Dr Roubinovitch (Paris).

Séance de l'après-midi. — Présidence de MM. Von Monakow (de Zurich), et Van Gehuchten (de Louvain).

Contribution à l'étude des voies centrales des nerfs moteurs de l'œil; par Jean Piltz (de Varsovie). (Présentation des dessins.)

Les fibres aberrantes de la voie pédonculaire; par Mme Déjerine (de Paris).

Dans les lésions corticales et sous-corticales de la zone sensitivo-motrice il n'est pas rare de constater — en particulier lorsque la lésion remonte à l'enfance ou lorsque chez l'adulte elle est un peu

ancienne — outre la dégénérescence de la voie pédonculaire et du faisceau pyramidal une diminution de volume du ruban de Reil du même côté que la lésion cérébrale et qui peut être suivie dans les fibres arciformes internes et les noyaux des cordons de Goll et de Burdach du côté croisé. Cette diminution de volume consiste en une atrophie simple du cylindre-axe et de sa gaine de myéline, en un tassement en masse de ses fibres, particulièrement manifestes dans la couche interolivaire du bulbe. Dans la région protubérantielle il existe en outre une disparition des petits fascicules arrondis, faiblement colorés par l'hématoxyline, que l'on trouve à l'état normal en nombre variable irrégulièrement disséminés dans l'épaisseur du ruban de Reil.

L'application de la méthode de Marchi à l'étude systématique d'une série de cas de *lésions récentes* corticales ou sous-corticales dans la région rolandique *sans participation des masses grises centrales, en particulier du thalamus*, montre :

1° Que la voie pédonculaire dégénérée abandonne au ruban de Reil médian, soit à la partie inférieure de la région pédonculaire, soit dans toute la hauteur de la protubérance, soit à la partie supérieure du bulbe, un certain nombre de fascicules qui constituent le système des *fibres aberrantes de la voie pédonculaire*. Ces fibres se portent en arrière, s'adossent au ruban de Reil médian ou pénètrent dans son épaisseur, descendent dans le segment protubérantiel du ruban de Reil et plus ou moins loin dans la couche interolivaire, puis réintègrent la voie pédonculaire aux différentes hauteurs du bulbe et participent à l'entrecroisement *moteur* ou inférieur des pyramides. A leur trajet bulbo-protubérantiel près, ces fibres aberrantes dégénérées se comportent donc comme la voie pédonculaire dont elles dérivent. Elles prennent leur origine dans la corticalité rolandique, s'entrecroisent au collet du bulbe et descendent dans les cordons antéro-latéraux de la moelle.

Ces fibres présentent dans leur existence même, leur nombre, leur volume, leur disposition et la longueur de leur trajet, les plus grandes variétés individuelles. Elles sont tantôt très nombreuses, tantôt font complètement défaut. Elles peuvent ne se détacher que dans la région pédonculaire inférieure ou protubérantielle supérieure : ailleurs le contingent bulbaire existe seul. Tantôt elles rentrent dans la voie pédonculaire après un court trajet ; tantôt elles accompagnent le ruban de Reil dans toute la hauteur de son trajet bulbo-protubérantiel.

Parmi les fibres aberrantes qui se détachent de la voie pédonculaire au voisinage du sillon pédonculo-protubérantiel, les unes forment le *pes lemnicus profond* et s'adossent à la partie antérieure et externe du ruban de Reil médian ; les autres constituent le *pes lemnicus superficiel*, contournent la partie interne du pied du pédoncule cérébral et descendent le long de la partie interne du

ruban de Reil médian. Les *fibres aberrantes protubérantielles* peuvent se détacher de toute la largeur et de toute la hauteur du trajet protubérantiel de la voie pédonculaire ; elles sont refoulées en arrière et adossées au ruban de Reil médian par les fibres transversales profondes du pont. Quant aux *fibres aberrantes bulbaires*, elles s'incorporent dans le ruban de Reil médian au voisinage du sillon bulbo-protubérantiel, immédiatement au-dessus des dernières fibres transversales profondes du pont.

2° Que la dégénérescence *descendante* du ruban de Reil constatée dans ces cas est due à la dégénérescence des fibres aberrantes de la voie pédonculaire. Elle n'occupe en effet qu'une partie du trajet du ruban de Reil médian; elle fait défaut dans son segment sous-optique et pédonculaire supérieur; elle fait défaut dans l'entrecroisement sensitif du bulbe, dans les fibres arciformes internes croisées et dans les noyaux des cordons de Goll et de Burdach. Elle n'existe que dans le segment bulbo-protubérantiel et présente suivant le trajet, le nombre, la longueur et la catégorie des fibres aberrantes les plus grandes variétés individuelles. *Cette dégénérescence ne peut être invoquée en faveur de l'existence d'un système de fibres reliant directement et sans relai ganglionnaire la corticalité rolandique aux noyaux des cordons de Goll et de Burdach.*

Quant à la diminution de volume du ruban de Reil médian que l'on constate dans les lésions de la zone sensitivo-motrice anciennes ou remontant à l'enfance, elle tient en partie à la dégénérescence des fibres aberrantes de la voie pédonculaire, mais elle relève surtout de l'atrophie simple, indirecte dans le sens de Gudden et von Monakow qui frappe non seulement le ruban de Reil médian, mais encore tous les faisceaux de la moitié du tronc encéphalique du côté correspondant à la lésion corticale.

3° Que la voie pédonculaire peut posséder, outre les fibres aberrantes qui s'adossent au ruban de Reil médian, d'autres fibres aberrantes. Telles sont :

a) Les *fibres aberrantes postéro-externes* qui contournent la partie externe du pied du pédoncule aux confins de la région sous-optique, passent en avant du corps genouillé interne et peuvent être suivies dans le tubercule quadrijumeau antérieur.

b) Les *fibres pyramidales homolatérales superficielles* qui se détachent du faisceau pyramidal dans la région moyenne du bulbe, passent en avant de l'olive bulbaire et descendent dans la partie latérale du bulbe, soit en arrière de l'olive, soit en avant de la grosse racine descendante sensitive du trijumeau. Elles sont renforcées au niveau du collet du bulbe par les *fibres pyramidales homolatérales profondes* qui décapitent la corne antérieure homolatérale et descendent dans la partie postérieure et moyenne du cordon latéral homolatéral de la moelle, c'est-à-dire dans la région

qui correspond au faisceau pyramidal croisé et au faisceau pré-pyramidal.

c) Les *fibres aberrantes pyramidales croisées* se détachent du faisceau pyramidal croisé au niveau du collet du bulbe, descendent dans la substance grise centrale de la moelle, puis réintègrent le faisceau pyramidal croisé aux différentes hauteurs de la moelle cervicale inférieure ou dorsale supérieure. Le *faisceau* dit *de Pick* n'est qu'une modalité anatomique de ces fibres; il se détache de la pyramide antérieure dans la région bulbaire moyenne ou supérieure, croise le raphé et la couche interolivaire, descend dans la partie postérieure et interne de la formation réticulée grise du bulbe, puis s'entremêle au niveau du collet du bulbe avec les fibres du faisceau pyramidal croisé de la moelle *épinière*.

La connaissance du système des fibres aberrantes de la voie pédonculaire est donc important pour qui veut interpréter à l'aide de la méthode de Marchi les dégénérescences secondaires consécutives aux lésions corticales, sous-corticales, pédonculaires ou bulbo-protubérantielles de la voie pédonculaire. L'existence de ce système de fibres démontre une fois de plus, dans l'étude de ces recherches, la nécessité absolue de pratiquer des coupes micros copiques sériées.

Aphasie motrice pure, avec lésion corticale circonscrite;
par MAGALHAÈS (de Porto).

Homme de soixante-dix-huit ans, devenu aphasique après deux ictus survenus à deux jours d'intervalle (1895). Pas d'hémiplégie, pas de paralysie faciale, pas de paralysie de la langue.

Parole spontanée : vocabulaire réduit par perte surtout de noms propres et de substantifs; périphrases, mots employés en dehors de leur sens (paraphasie), mots nouveaux incompréhensibles (jargonaphasie), pas de troubles d'articulation; tous les objets sont parfaitement reconnus, des objets usuels; le nom de quelques-uns peut être retrouvé; en somme, APHÉMIE INCOMPLÈTE, PARTIELLE. *Parole répétée :* certains mots (drap, serviette) ne peuvent être répétés; d'autres (eau, chaise) le sont. — *Lecture :* le malade dit qu'il ne peut lire à haute voix. — *Chant :* jamais le malade ne chante ni ne fredonne. — *Compréhension des mots parlés :* parfaite. — *Ecriture :* écrit tout ce qu'on lui demande, N'EST PAS AGRAPHIQUE. — *Mimique :* juste et expressive. — *Influence d'un accès d'exaltation maniaque sur l'aphasie :* un plus grand nombre de mots sont retrouvés. — *Mort* par hémorragie cérébrale dans le cerveau droit (oct. 1896).

Autopsie : dans l'hémisphère gauche, un tout petit foyer de ramollissement du pied de F^3 (en partie, délimité, en arrière par le sillon prérolandique, en avant par la branche ascendante de

Sylvius, en bas par la scissure de Sylvius ; en haut *la lésion n'arrive pas jusqu'au sillon frontal inférieur ;* elle est limitée à l'écorce.

Donc, aphasie motrice incomplète, à l'état isolé, *sans agraphie*, sans cécité ou surdité verbale, sans trouble sensitif ou moteur ; d'autre part, lésion corticale limitée à une partie du pied de F³. L'aphasie sans agraphie existe donc, ce qui montre le centre moteur graphique fonctionne indépendamment du centre moteur verbal.

Discussion. — A. THOMAS (de Paris). — La paraphasie dont était atteint le malade de M. Lemos devait éveiller l'attention sur l'état anatomique du lobe temporal et pariétal ; et comme l'examen en coupes sériées de ce ces régions n'a pas été fait, l'observation n'a pas été absolument probante. D'une façon plus générale tout examen anatomo-pathologique de cas d'aphasie doit être fait actuellement sur coupes sériées.

M. Fernand BERNHEIM (de Paris). — Je me rallie entièrement à l'opinion que vient d'émettre mon collègue M. Thomas. Il y a trop d'observations dans la littérature médicale de l'aphasie, où le contrôle anatomique a été insuffisant. Pour savoir si une lésion est vraiment corticale ou sous-corticale, si elle est circonscrite ou diffuse, il faut s'adresser aux coupes microscopiques sériées, qui seules permettent de se prononcer sur le siège, le nombre et l'étendue des lésions de la corticalité et sur les faisceaux sous-jacents intéressés. Il est en effet de petites altérations microscopiques qui échappent à tout autre examen.

Quant à la localisation exacte de l'aphasie motrice, elle n'est peut-être pas aussi certaine et surtout aussi étroitement limitée qu'on l'admet aujourd'hui à peu près universellement. Si l'on consulte le texte de Broca dans les Bulletins de la Société anatomique en 1861, on voit qu'il accepte comme localisation probable de l'aphasie motrice non seulement le pied de la 3ᵉ frontale gauche, mais aussi ceux de la 2ᵉ et de la frontale ascendante. Ses conclusions sont d'ailleurs faites avec prudence. Depuis, on a réduit à la 3ᵉ frontale gauche le centre de Broca, le centre de l'aphasie motrice. Mais aussi longtemps qu'on n'aura pas fourni un cas d'aphasie motrice pur au point de vue clinique comme au point de vue anatomique, c'est-à-dire vérifié histologiquement par des coupes sériées, il faudra être réservé sur la valeur absolue de la 3ᵉ frontale gauche comme centre de la parole articulée.

Dix-neuf cas d'hémiplégie avec hémianesthésie tactile et douloureuse ; par TOUCHE (de Brévannes).

TOUCHE a fait 81 autopsies d'hémiplégie, dont 19 avec hémianesthésie tactile et douloureuse. De celles-ci, 7 correspondaient à des lésions corticales, frappant le lobe pariétal seul, ou le lobe pario-

tal et d'autres lobes. Les lésions pariétales s'étendaient en profondeur jusqu'au ventricule latéral. Les douze lésions centrales (six hémorragies de la capsule externe, des lésions du noyau lenticulaire, de la couche optique, etc.) intéressaient toutes le segment rétro-lenticulaire de la capsule interne.

Du tabes avec cécité, par Pierre Marie (de Paris), et Switalski (Lemberg).

Il y a lieu de séparer nettement l'une de l'autre deux formes de tabes avec cécité. — A. Le *tabes avec atrophie papillaire*. — B. L'*atrophie papillaire des tabétisants*. La première de ces formes comprend des tabétiques classiques offrant tous l'aspect du tabes à un degré le plus souvent très prononcé avec ataxie, signe de Romberg, trouble de la nutrition générale. Dans l'atrophie papillaire des tabétisants l'aspect des malades est différent. Les malades sont bien nourris, ont un air de santé, il n'existe pas de troubles trophiques. Les symptômes cliniques du tabes : les douleurs, l'ataxie, les troubles vésicaux se montrent à un très faible degré de développement. Au point de vue nosologique, il ne s'agit probablement pas d'espèces morbides essentiellement distinctes dans ces deux formes de cécité tabétique, car l'étiologie est la même, c'est la syphilis. Mais il s'agit de localisations différentes d'un même processus ou peut-être même de processus différents.

Discussion. — M. P. Marie (de Paris) s'élève contre l'idée actuellement dominante, que le tabes soit toujours une affection univoque; il croit que sous le nom de tabes nous confondons des états anatomiques et cliniques très différents et pense qu'il y aurait lieu de pratiquer une dissociation de ces différents états.

M. J. Babinski (de Paris). — MM. P. Marie et Switalski viennent d'émettre cette idée que le tabes doit être soumis à une dissociation semblable à celle qu'on a fait subir autrefois à l'atrophie musculaire progressive ; suivant eux, le tabes, de même que l'atrophie musculaire, ne constituerait pas une espèce nosologique, mais un groupe artificiel composé de plusieurs espèces distinctes; c'est ainsi que les deux malades présentés ici, tout en étant des tabétiques, appartiendraient à deux espèces nosologiques différentes. Je ne puis partager cette manière de voir. Le rapprochement qu'ils viennent de faire entre l'atrophie musculaire et le tabes ne me paraît pas soutenable. En effet, l'atrophie musculaire, qui peut être sous la dépendance de la sclérose latérale amyotrophique, de la syringomyélie, de la lèvre, de la syphilis, appartient bien à diverses espèces nosologiques essentiellement différentes; rien de pareil pour le tabes qui semble bien dépendre toujours de la syphilis; c'est là, du moins, mon opinion, et aussi, si je ne me

trompe, celle de M. Marie. Je ne crois donc pas que le tabes soit appelé à être décomposé en plusieurs espèces ; mais, ce qui est exact, c'est qu'il en existe des variétés, des formes nombreuses.

Si sur cette première question je me trouve en désaccord avec M. Marie, je suis porté comme lui à écarter l'idée émise par M. Benedikt et acceptée par beaucoup de médecins, entre autres par M. Déjerine, suivant laquelle la sclérose du nerf optique arrêterait l'évolution du tabes. J'ai observé, il est vrai, ainsi que mes collègues, beaucoup de malades atteints d'atrophie papillaire tabétique et ne présentant pas d'incoordination motrice ; mais j'en ai vu plusieurs chez lesquels, malgré l'apparition de la lésion des nerfs optiques, le tabes avait continué à évoluer en donnant naissance à de l'incoordination, ainsi qu'à d'autres troubles tabétiques. Si les cas de ce genre sont relativement rares, cela tient peut-être, non pas à une sorte d'action d'arrêt que la lésion oculaire exercerait, mais à ce que les formes dites frustes sont beaucoup plus communes que la forme dans laquelle la plupart des symptômes du tabes sont réunis. Il faut bien remarquer que le tabes est une affection des plus répandues, que l'ataxie, au contraire, est assez rare. Je ne crois pas exagérer en déclarant que dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, il me passe chaque année sous les yeux de 200 à 300 tabétiques, et sur ce nombre je ne vois pas plus de 15 à 20 sujets franchement ataxiques. J'ai, dans ma clientèle privée, beaucoup de malades qui sont depuis un grand nombre d'années atteints de tabes se traduisant par des signes caractéristiques (signe de Robertson, abolition des réflexes rotuliens, des réflexes des tendons d'Achille, douleurs fulgurantes, phénomènes vésicaux, etc.), et qui, sans avoir conservé d'une manière complète leur coordination, vont et viennent, vaquent à leurs occupations et n'ont jamais dépassé la période dite préataxique. En résumé, si l'atrophie papillaire sans ataxie est bien plus fréquente que l'association de ces deux ordres de troubles, c'est peut-être bien, non pas parce que, pour rappeler l'expression pittoresque de notre maître Charcot, en détruisant les nerfs optiques « le monstre s'était satisfait », mais parce que les formes frustes du tabes sont beaucoup plus communes que la forme complète.

M. Homén (d'Helsingfors). — Je pourrais citer plusieurs de mes cas de tabes, dont au moins quatre, autant que je peux me rappeler dans ce moment, avec examen microscopique des pièces, où il y avait de la cécité, c'est-à-dire atrophie papillaire, sans que la maladie du reste, avec ses symptômes ordinaires : douleurs, ataxie, signe de Romberg, etc., ait été arrêtée, mais pourtant souvent modifiée. Si cette atrophie précède les lésions médullaires ou survient dans un état plus ou moins avancé de la maladie, il se produit des tableaux différents ou des modifications cliniques, mais le processus anatomique reste au fond le même, les diffé-

rences des lésions étant de nature quantitative, mais sans distinction en principe.

Arthropathies tabétiques avec fractures spontanées du bassin et du fémur; par Jean Ferrand et L. Pécharmant (de Paris) (présentation de pièces).

Il s'agit d'un malade du service de M. Pierre Marie, tabétique et porteur d'arthropathies multiples. Le bassin, débarrassé de ses parties molles, montre la trace d'un cal vicieux provenant d'une fracture spontanée. Le trait de fracture coupe l'os iliaque gauche dans sa plus grande hauteur, la branche horizontale du pubis et contourne de près l'articulation coxo-fémorale. De plus, cette articulation est complètement déplacée, par suite de la production d'un ostéophyte énorme au niveau de l'épine iliaque A.-I. Il y a eu production d'une nouvelle articulation. Enfin, cette pièce présente une arthropathie du genou droit et une fracture spontanée du fémur droit. Nous ne connaissons dans la littérature médicale qu'une seule fracture spontanée tabétique du bassin présentée par Charcot en 1882 au Congrès de Londres.

Contribution à l'étude de l'influence du traumatisme du crâne sur la production et l'évolution des maladies de l'encéphale; par Ernst Ehrnrooth (d'Helsingfors, Finlande).

Des résultats de ses expériences sur environ 130 lapins, l'auteur a en outre relevé les faits suivants : un traumatisme de la tête prédispose, à la suite d'une injection intra-veineuse d'une culture de streptocoque ou de staphylocoque, à l'infection microbienne du cerveau ou des méninges. Cette infection est plus fréquente à la suite de coups plus violents et se développe plus souvent dans la partie de la tête exposée au traumatisme et avec une intensité plus grande que dans la partie opposée. L'auteur pense que ces expériences, dont 75,6 p. 100 des animaux frappés et infectés simultanément, 56 p. 100 de tous les animaux frappés et infectés, ont eu une infiltration microbienne de l'encéphale, tandis que les animaux uniquement infectés sont atteints de la maladie en question dans la proportion de 13,2 p. 100. Quant à la pathologie humaine, elles peuvent donner un bon appui à l'opinion que le traumatisme du crâne agit comme cause prédisposante à l'éclosion des maladies infectieuses de l'encéphale, même sans l'existence d'une blessure de la muqueuse des cavités sensorielles voisines. Les agents pyogènes y arrivent, en pareil cas, par le transport indirect au moyen des voies sanguines.

C'est en ce sens là que les cas cliniques que l'auteur a mentionnés, selon lui, s'expliquent le mieux.

Séance du matin, lundi 6 août. — Présidence de MM. Ferrier (de Londres), Jendrassik (de Budapest), et Fisher (de New-York).

Résumé du rapport sur *Les lésions non-tabétiques des cordons postérieurs de la moelle* ; par M. Bruce (Edimbourg).

Le sujet sera discuté en deux sections : I. Anatomiquement. II. Pathologiquement.

I. La structure des cordons postérieurs est montrée par les dégénérescences qui suivent : 1° les lésions des racines postérieures, 2° les lésions de la moelle elle-même qui interrompent la continuité des cordons, 3° les lésions de la substance grise.

Faisceaux exogènes. — La distinction entre les cordons de Goll et de Burdach dépend de la terminaison de leurs longues fibres dans le *nucleus gracilis* et le *nucleus cuneatus* respectivement. Le cordon de Burdach commence à la cinquième dorsale. Le cordon de Goll montre une forme caractéristique et définie dans chaque segment. Chaque déviation de cette forme indique une dégénérescence incomplète de ses parties constituantes. La loi de Kahler concernant la position des fibres exogènes dans les cordons est généralement vraie, mais demande certaines rectifications, pour les régions dorsales et cervicales. Elle est applicable également aux branches descendantes des racines. La position relative des fibres radiculaires ascendantes, en tant que connue, sera prise en considération. Les fibres exogènes descendantes des régions cervico-dorsales occupent la position du faisceau en virgule de Schultze, dans une partie de leur trajet. Les fibres exogènes descendantes des régions dorsale inférieure, lombaire et sacrée entourent le faisceau septo-marginal (centre ovale, triangle médian).

Faisceaux endogènes. — La zone cornu-commissurale de P. Marie, faisceau en virgule de Schultze, faisceau septo-marginal (centre ovale de Flechsig et triangle médian de Gombault et Philippe), le faisceau descendant de Hoche, la zone radiculaire postéro-interne (Flechsig), seront pris en considération, et il sera démontré qu'ils contiennent aussi des fibres exogènes, et qu'ils ne sont pas purement endogènes. Les fibres endogènes de la zone cornu-commissurale sont courtes et entrent en dégénérescence ascendante ; celles du faisceau en virgule dégénèrent en descendant à travers plusieurs segments ; celles du faisceau septo-marginal dérivent des segments jusqu'à la hauteur de la huitième cervicale et dégénèrent en descendant. La zone radiculaire postéro-interne est principalement composée des fibres radiculaires d'une longueur intermédiaire, qui dans les régions sacrée et dorsale y entrent horizontalement et dans les régions lombaire et cervicale y entrent obliquement.

Les zones de Flechsig seront considérées.

II. Les changements pathologiques des cordons postérieurs considérés en rapport avec les lésions qui les produisent.

a. L'atrophie musculaire progressive (*type Charcot-Marie*). Sclérose des cordons postérieurs dans toute leur longueur à l'exception de la région sacrée, qui implique le cordon de Burdach et, au degré moindre, le cordon de Goll, et qui laisse intacte une zone normale au bord de la commissure et de la corne postérieure et partiellement aussi dans la zone postéro-interne. La zone postéro-interne subit habituellement une sclérose. Les racines postérieures sont dégénérées.

b) Les *tumeurs cérébrales* produisent fréquemment des lésions dans les cordons postérieurs, qui sont parfois attribuées aux dégénérescences rétrogrades à partir des noyaux des cordons. Ces lésions sont dues probablement à des dégénérescences ascendantes d'une ou de plusieurs racines qui ont été lésées à leur entrée dans la moelle, soit par tension produite dans les leptoméninges par l'accumulation de liquide cérébro-spinal, soit par l'action de toxines au point vulnérable de Obersteiner et Redlich.

c) *Syringomyélie :* Les régions affectées ont leur siège : 1° derrière la commissure postérieure, 2° le long du septum médian, 3° comme une bande étroite, entre les cordons de Goll et de Burdach. Ces lésions sont dues probablement à l'extension immédiate de la substance grise, et non pas à une dégénérescence secondaire qui tire son origine de la substance grise. La destruction de ces régions est apte cependant à produire des dégénérescences secondaires à son tour.

d) *L'ataxie de Friedreich.* La lésion principale est une sclérose dans les cordons postérieurs et antéro-latéraux. En ce qui concerne les cordons postérieurs, la sclérose est développée le plus dans les régions dorsales inférieures et diminue en sens ascendant et descendant. Elle est à peine sentie dans la région sacrée, et cesse complètement au niveau des noyaux des cordons. La sclérose présente un développement exubérant de la névroglie, dont les fibrilles sont disposées en tourbillons et en faisceaux entrelacés. Elle envahit la plus grande partie du cordon, à l'exception partielle des zones dites endogènes. La pie-mère est ordinairement normale, et les vaisseaux montrent peu ou point d'épaississement de leurs parois. Les racines postérieures présentent une sclérose similaire avec des degrés variés d'amincissement et d'émyélinisation de leurs fibres (état embryonnaire). Des changements similaires dans les nerfs sensitifs périphériques et l'atrophie des ganglions des racines postérieures, qui sont presque invariables, suggèrent que la nature de la lésion est un développement des neurones sensitifs défectueux dès le début, suivi de leur dégénérescence, et d'une prolifération de névroglie secondaire.

e) *Sclérose combinée des cordons postérieurs et antéro-latéraux.*

Cette désignation comprend plusieurs groupes de maladies, qui tous démontrent une dégénérescence simultanée dans ces cordons suivie d'une sclérose, qui cependant ne se limite pas à des systèmes définis. Ces maladies diffèrent entre elles dans leur cours et dans leur étiologie. Les différentes maladies comprises sont pellagre, paraplégie ataxique de Gowers ou tabes ataxo-paraplégique de Déjerine, *combinirte System Erkrankung* des Allemands, dégénérescence combinée d'anémie grave, dégénérescence combinée subaiguë des auteurs anglais.

Il est certain que tous ces titres n'indiquent pas des maladies distinctes; dans la *pellagre*, la sclérose, d'après Tuczek, affecte principalement le cordon de Goll et la zone centrale radiculaire et laisse relativement intactes les zones cornu-commissurales et septo-marginales. Les racines, suivant Tuczek, sont normales; suivant Babès, elles sont dégénérées. Ces auteurs attribuent la sclérose à l'action immédiate d'une substance toxique sur les fibres nerveuses. Elle est attribuée par Marie à une affection de la substance grise.

Dans le *paraplégie ataxique* les lésions ressemblent à celles de la dégénérescence combinée subaiguë, mais en diffèrent par une plus grande lenteur de leur évolution. Les dégénérescences dans l'*anémie grave* paraissent avoir les mêmes caractères que la combinirte System Erkrankung de Rothmann et la dégénérescence combinée subaiguë. La lésion est surtout marquée dans les régions dorsales et cervicales. Elle affecte le plus souvent la zone centrale de la région lombaire, et dans la région cervicale principalement le cordon de Goll. Les zones près de la commissure et la corne postérieure, et dans la région lombaire celle près du septum sont intactes. Le fait que la dégénérescence s'étend autour de la périphérie de la moelle sans se limiter au septum, mais correspond à la distribution des vaisseaux de la pie-mère et que les racines postérieures sont normales, de même que les membranes, indiquent que les maladies ont une origine vasculaire et qu'elles sont probablement d'une nature toxique et non inflammatoire.

(*A suivre.*)

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XXV. **De la valeur des réflexes des orteils; par M. Cohn. — Observations sur les réflexes des orteils; par L. Schueler.** (*Neurologisches Centralbl.*, XVIII, 1899.)

Le chatouillement de la plante des pieds se traduit par la flexion des orteils du côté plantaire, ou bien il ne se produit rien; jamais, a dit Babinski, chez un individu sain les doigts de pieds ne s'étendent. C'est cette question qu'examine M. Cohn en ayant soin de tenir solidement le pied de l'individu en observation afin d'éviter toute autre réflexe. Il trouve que chez la plupart des gens normaux le chatouillement de la plante du pied fait fléchir les orteils (60 p. 100), l'extension s'y voit en 20 p. 100 des cas. Quand il existe une lésion organique ou une atteinte fonctionnelle des cordons latéraux, les orteils s'étendent mais il est impossible de faire de cette extension un signe pathognomonique d'altération des cordons latéraux. M. Schüler a trouvé la flexion réflexe des orteils chez 80 p. 100 des hommes et des femmes normaux, l'extension très rarement; chez les enfants la flexion se produisit en 30 p. 100 des cas, en 12 p. 100 il y eut extension évidente et en 40 p. 100 il n'y eut pas de réflexe du tout. L'extension, qui paraît manquer, comme tout autre réflexe des orteils, dans les névropathies fonctionnelles telles que l'hystérie, la neurasthénie, est très active quand il y a lésion du faisceau pyramidal; il suffit alors, pour produire une extension extrême des orteils, d'un léger chatouillement qui, chez un individu sain, ne provoquerait aucun réflexe. Il faut par une recherche prudente arriver à déterminer si le réflexe de Babinski peut collaborer, de concert avec d'autres symptômes, en diagnostic différentiel entre une affection organique et fonctionnelle. P. Keraval.

XXVI. **Contribution à l'étude des tumeurs du cerveau et des altérations de la moelle concomitantes; par A. Schule.** (*Neurologisches Centralbl.*, XVIII, 1899.)

Une fillette de seize ans, jusque-là bien portante, présente rapidement un complexus symptomatique indiquant l'existence d'une tumeur cérébrale (céphalalgies, somnolence, vertiges, névrite

optique). On croit à l'existence d'une tumeur cérébelleuse à raison de la céphalalgie occipitale, de la pupille étranglée, de la titubation en marchant, bien que ce ne soit pas de l'ataxie cérébelleuse typique.

Bien qu'il n'y eût point de symptômes qui indiquassent l'atteinte du centre ovale ou des ganglions de la base, pas de troubles attribuables à la capsule interne (hémianesthétose, hémiplégie), aucune perturbation de la sensibilité, des muscles, de la physionomie, on trouve une grosse tumeur de la couche optique gauche qui, plantée dans la partie médiane de cet organe, s'en va assez loin en arrière dans la corne postérieure et dans la corne inférieure du ventricule. Bien qu'elle ait exercé une compression sur la branche postérieure de la capsule interne, les voies sensitivo-motrices sont demeurées indemnes; la malade, trois jours avant sa mort, pouvait encore marcher seule.

Il existe une dégénérescence des racines postérieures de la moelle, elle a dû être déterminée, d'après l'auteur, par la pression cérébrale : celle-ci aurait exercé sur la circulation de la moelle une gêne aboutissant à l'œdème de l'organe, sans l'intermédiaire du liquide cérébro-spinal. P. Keraval.

XXVII. Nouvelles observations sur la raideur de la colonne vertébrale avec examen anatomo-pathologique; par W. M. Bechterew. (*Obozrenie psichiatrii*, n° 5, 1899.)

Voici une nouvelle observation de *raideur de la colonne vertébrale avec incurvation* de type Bechterew. Raideur avec cyphose des régions cervicale inférieure et thoracique supérieure dépourvue de lordose compensatrice; aplatissement de la cage thoracique en avant; respiration presque exclusivement abdominale; atrophie légère du système musculaire au niveau des omoplates et des membres supérieurs; quelques modifications de la sensibilité dans le domaine de la ceinture scapulaire, des reins, des bras; réflexes tendineux un peu exagérés dans les extrémités inférieures. Articulation des membres intacte. Evolution progressive depuis quatre années.

Le terme de cyphose hérédo-traumatique proposé par P. Marie et Castie ne vaut par suite rien; d'autant que la syphilis n'y est peut-être pas étrangère.

L'auteur procède ensuite à l'étude analytique de l'*autopsie* du malade dont il a donné l'observation dans le *Nevrologisch. Viestnik*. t. V., 1, 1897 et la *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk*, 1897. Ce malade est mort de pneumonie. Il croit qu'il s'agit en l'espèce d'une méningite localisée des méninges molles de la moelle; il en résulte une lésion des racines postérieures et d'une partie des racines antérieures de la moelle; sous l'influence de la série des réactions

dégénératives et régénératives de ces racines, les muscles thoraciques et spinaux sont parésiés ainsi qu'une partie de ceux des extrémités supérieures; ceux du thorax et de la ceinture de l'épaule subissent quelque atrophie. De là les phénomènes de paresthésie et de douleur ressortissant aux racines frappées. Enfin la colonne vertébrale s'incurve en forme de bosse dans le creux des épaules; comme cela a lieu souvent chez les vieillards bien portants. Les disques cartilagineux comprimés s'atrophient, les vertèbres entrent en contact, tournant l'une vers l'autre les faces supérieures de leurs corps vertébraux et adhèrent entre elles. P. Keraval.

XXVIII. De quelques altérations des cellules nerveuses de l'écorce du cerveau révélées par la méthode de Golgi dans la paralysie générale; par A. Agapoff. (*Neurologic Centralbl.*, XVIII, 1899.)

Disparition plus ou moins notable (figures) des appendices pyriformes, gemmules, épines, des prolongements protoplasmiques, des cellules pyramidales chez les paralytiques généraux, organes qui ont tout récemment été considérés par quelques auteurs comme des organes de contact.

Six observations (2 hommes et 4 femmes) concernent des individus tout à fait en démence, presque incapables de mouvement, atteints d'atrophie musculaire, des accidents gangréneux du décubitus avec œdème et état trouble de la pie-mère adhérente à la substance du cerveau; collection liquide dans les ventricules; sclérose granuleuse de l'épendyme; un cas en outre de pachyméningite interne hémorragique.

Dans ces cas, les prolongements protoplasmiques d'un nombre énorme de cellules pyramidales étaient privés de leurs appendices latéraux pyriformes; ils étaient devenus tout à fait lisses ou présentaient, dans le sens de la longueur, des renflements ovoïdes, arrondis ou irréguliers. Les prolongements de beaucoup d'autres cellules pyramidales n'étaient pourvus que d'un très petit nombre d'appendices latéraux pyriformes situés à des distances très considérables les uns des autres; les cellules, débarrassées de leurs prolongements latéraux pyriformes, avaient encore quelques prolongements protoplasmiques. Nulle part il n'y avait de cellules abondamment pourvues de ces prolongements pyriformes.

L'examen comparatif de cerveaux normaux au point de vue intellectuel révèle l'abondance de ces prolongements sur l'immense majorité des cellules pyramidales.

Trois aliénés atteints de délire aigu ou de démence secondaire avaient : de nombreuses cellules abondamment pourvues d'appendices latéraux; et d'assez nombreuses cellules moins richement dotées sous ce rapport que celles des individus normaux. Il est tout à fait exceptionnel en ces cas-là de constater des cellules dont

quelques prolongements protoplasmiques isolés manquent totalement d'appendices latéraux pyriformes. P. Keraval.

XXIX. **Sur le retour du phénomène du genou disparu**; par A. Adamkiewicz. (*Neurologie Centralbl.*, XVIII, 1899.)

Le phénomène du genou disparu revient : 1° dans le cours des affections syphilitiques ; 2° dans les tabes quand, dans le cours de celui-ci, survient un ictus apoplectiforme. Voici comment on peut l'expliquer :

Tout phénomène vital procède d'une force excitatrice qui crée la fonction d'une force d'arrêt qui l'endigue dans les limites exigées pour les opérations de la vie. Aux muscles qui doivent à l'exactitude du travail joindre l'intensité de l'action, le cerveau et le faisceau pyramidal apportent l'excitation ; le cervelet et les cordons postérieurs sont des modérateurs. Le travail actif de ces deux systèmes antagonistes aboutit à l'opération normale précise et exacte du muscle. La rupture de l'accord entre eux, c'est-à-dire d'une part l'affection du cerveau et des pyramides, d'autre part du cervelet ou des cordons postérieurs, fait cesser l'harmonie physiologique de la fonction musculaire.

Dans le premier cas, il y a exagération de la tonicité des muscles, ou spasme ; dans le second, exagération de la volonté ou exagération ataxique du mouvement. Le phénomène du genou enregistre ces modifications. Quand les deux composants sont en équilibre, c'est-à-dire quand les deux plateaux de la balance sont également chargés, le phénomène du genou révèle comme l'aiguille de la balance, des excursions égales du réflexe. Quand le plateau de la tonicité l'emporte, il y a excès du phénomène du genou qui disparait, au contraire, quand la tonicité est nulle ou quand il y a exagération ataxique du mouvement.

Mais le phénomène du genou est, comme tous les réflexes tendineux, constitué par deux facteurs. Un facteur physiologique ; c'est la transmission aux racines postérieures, aux cornes postérieures, de là aux centres des muscles contractiles (triceps crural) sis dans les cornes antérieures, de l'excitation que le choc du tendon produit sur les fibres nerveuses sensibles intratendineuses. Un facteur physique : c'est la forme du mouvement produit par le réflexe.

La transmission du réflexe dépend de l'intégrité de la voie réflexe ; le genre du mouvement réflexe dépend de la tension de l'appareil musculo-tendineux excité. C'est pourquoi chez l'homme sain, dont la tonicité musculaire est normale, le phénomène du genou est toujours identique, c'est-à-dire de même intensité, quelque variable que soit l'intensité du coup que l'on donne au tendon, dans des limites données bien entendu. Chez l'homme

ayant une tonicité musculaire exagérée, un coup très faible provoque un réflexe très fort. Chez l'homme dont l'arc réflexe est altéré ou qui possède une tension musculaire amoindrie, un coup très fort n'engendre pas le plus petit réflexe.

Donc : la grandeur des phénomènes tendineux est produite par la grandeur de la tension des muscles correspondants ; la grandeur de la tension des muscles est sous l'influence non seulement des nerfs des cordons postérieurs tonificateurs qui l'incitent directement, mais encore du système pyramidal qui la réprime.

Et, par suite, le phénomène du genou doit être, d'une part vis-à-vis de la tension des muscles, d'autre part vis-à-vis de la force d'excitation des pyramides, dans le même rapport physique que celui dans lequel se trouvent les vibrations d'une membrane ou d'une corde vis-à-vis de sa propre tension ou vis-à-vis de la contrevibration d'un modérateur compensateur.

Le phénomène du genou normal est dû à ce que la tonicité musculaire l'emporte sur l'action de la volonté actionnant ce muscle ; sa grandeur normale montre dans quelle mesure la force de la tonicité l'emporte sur la force opposée de l'excitant volontaire, mais dans des limites normales.

Supposons la tonicité musculaire affaiblie par une lésion cérébelleuse et surtout par la dégénérescence tabétique des cordons postérieurs dont les éléments nerveux sont atteints, non tous et simultanément, mais graduellement et les uns après les autres, non seulement l'excitation volontaire, qui est directement compensée par la grandeur du tonus normal, dépassera graduellement les limites normales, non seulement il y aura ataxie progressive, mais l'excitation volontaire paralysera simultanément et graduellement le tonus abaissé, et interrompra complètement le phénomène du genou, à l'instant où la force de l'excitation volontaire stationnaire, c'est-à-dire relativement croissante par rapport au tonus affaibli, sera égale à la prédominance normale du tonus.

Les formules mathématiques correspondantes indiquent nettement que la décroissance progressive de la force du système cérébelleux et des cordons postérieurs (tabes) amoindrit de plus en plus le *phénomène du genou :* celui-ci *devient égal à zéro, à l'instant où la dégénérescence des cordons postérieurs est égale à une décroissance de tension de la tonicité musculaire égale à la grandeur de la prépondérance normale de cette tonicité ;* l'excès de la dégénérescence rend le phénomène du genou négatif.

Si, maintenant, tandis que la tonicité musculeuse s'abaisse, et que le phénomène du genou disparait, le second composant de la fonction musculaire normale, c'est-à-dire *la force de l'excitant volontaire diminue par suite d'un ictus apoplectique* qui déchire une partie du système pyramidal, *il faut que, dès que cette diminution équivaut simplement à l'excès de la tonicité capable d'en-*

gendrer normalement le phénomène du genou, il faut que *le phénomène du genou reparaisse*, malgré la diminution de la tension tonique des muscles, c'est-à-dire malgré la dégénérescence tabétique (partielle) des cordons postérieurs.

Il en sera de même dans la syphilis; on constatera les mêmes alternatives des phénomènes du genou dues à l'alternative des forces opposées du cervelet et du cerveau (parésies temporaires) et surtout des cordons postérieurs et des faisceaux pyramidaux (la moelle étant surtout en jeu ici). Seulement ce ne sont pas, en l'espèce, des hémorragies et des dégénérescences qui atteignent cet affaiblissement l'action et la conductilité des appareils, ce sont des troubles de la circulation dans le territoire de certains vaisseaux. Ces troubles étant essentiellement mobiles, le phénomène du genou présente de bien plus grands changements dans la syphilis de la moelle, que dans des hémorragies apoplectiques, ou dans les dégénérescences tabétiques. Il s'agit cependant encore de phénomènes physiologiques, car, dans le tube syphilitique (dû à une affection syphilitique des vaisseaux de la moelle) le phénomène du genou fait défaut sans qu'il soit du tout nécessaire que la conductilité des nerfs sensitifs soit le moins du monde atteinte. P. KERAVAL.

XXX. **Un nouvel algésimètre**; par W. DE BECHTEREW. (*Obozrénie psichiatrii*, n° 6, 1898. — *Neurologische Centralbl.*, XVIII, 1899.)

Appareil dont les nombreuses figures font comprendre le mécanisme. Une aiguille sort de sa gaine d'une longueur déterminée avec précision à l'aide d'un double système mécanique: déclanchement d'un ressort et collier à vis. L'adaptation d'un dynamomètre à l'instrument permet de contrôler la pression. Enfin on peut se servir de la surface lisse du bout terminal de l'appareil comme d'un excitateur électrique, en y insérant, au moyen d'un manchon de caoutchouc, les fils conducteurs nécessaires.

P. KERAVAL.

XXXI. **Contribution à la physiologie du trijumeau et de la sensibilité de la muqueuse buccale**; par H. SCHLESINGER. (*Neurolog. Centralbl.*, XVIII, 1899).

L'auteur tente de déterminer la répartition des rameaux sensitifs du trijumeau à la face et à la muqueuse buccale en étudiant les allures cliniques de l'anesthésie et de l'analgesie de ces régions dans les lésions spinales ascendantes. Il en tire que le territoire cutané innervé par le rameau supérieur du trijumeau est commandé par deux zones centrales nucléaires; l'une de ces zones donne la sensibilité à la peau du front, elle est la plus éloignée

du centre ; l'autre donne la sensibilité à la peau du dos, du nez elle est la plus près du centre.

Une grande partie du rameau frontal du trijumeau tirerait ses fibres des groupes de noyaux les plus éloignés du centre. Puis, viendraient les cellules destinées à la branche maxillaire inférieure, et, tout près de celles-ci, les noyaux destinés à la branche maxillaire supérieure, au nerf naso-ciliaire et au nasal interne.

Les parties les plus basses du système nerveux central amèneraient les segments les plus postérieurs de la muqueuse des joues, des gencives, la partie antérieure et le repli correspondant de la muqueuse, les parties les plus antérieures du palais, peut-être aussi les segments les plus reculés de la langue. Ces régions recevraient probablement les éléments sensitifs de la même partie du système nerveux central que les parties de la peau du front voisines de la limite du cuir chevelu. Il parait démontré qu'une moitié seulement de la muqueuse buccale est sensibilisée par un côté du bulbe et à la moelle cervicale. Et il est probable que la muqueuse de la cavité buccale est innervée par les segments les plus éloignés du centre des racines spinales du trijumeau.

Quant aux organes proprement dits du pharynx tels que le voile du palais et les amygdales, ils semblent avoir conservé leur complète sensibilité au contact et à la douleur, alors qu'il existe déjà de l'anesthésie et de l'analgésie de la muqueuse buccale, soit que les organes tirent leur sensibilité d'une autre hauteur de la moelle, soit que la lésion ait épargné certains segments de la coupe de celle-ci. P. KERAVAL.

XXXII. De l'évacuation involontaire de l'urine pendant le rire ; par W. BECHTEREW. (*Obozrénie psychiatrii*, IV n° 1. 1899. — *Neurologisches Centralblatt* XVIII, 1899.)

Il s'agit d'une femme de vingt ans tarée au point de vue mental et héréditaire, qui urine toujours en abondance quand elle rit, où qu'elle soit, sans présenter aucune anomalie fonctionnelle de la vessie. L'auteur possède une seconde observation du même genre également chez une femme, qu'il ne détaille pas. L'effort musculaire (port de fardeaux) ne détermine jamais semblable évacuation ; il n'existe pas d'incontinence nocturne d'urine. M. Bechterew croit que c'est l'émotion en rapport avec le rire qui produit la miction involontaire, exactement comme la peur, notamment chez les enfants qui pleurent. Il en faudrait chercher la raison dans l'intimité trop grande des centres d'évacuation de l'urine et des mouvements de l'expression qui occupent la même place dans l'écorce et dans la couche optique. Chez les deux malades en question cette infirmité datait de l'enfance et tenait apparemment à des conditions héréditaires défavorables. P. KERAVAL.

XXXIII. Lésion anatomique dans un cas de paralysie uni-latérale de l'oculomoteur commun au cours de la paralysie générale ; par O. JULIUSBERGER et L. KAPLAN. (*Neurologisches Centralblatt* XVIII, 1899.)

Il s'agit d'une femme morte à l'âge de cinquante-un ans, atteinte de paralysie générale à l'âge de quarante ans (son mari avait eu la syphilis), elle était en outre depuis cinq ans affectée d'une paralysie de l'oculomoteur commun du côté droit (mydriase, strabisme externe); elle était encore maîtresse de sa paupière. On trouva à l'*autopsie* les lésions de la paralysie générale et une atrophie microscopique de l'oculomoteur commun du côté droit. L'étude microscopique du noyau de ce nerf montre que le noyau central de Perlia y a particulièrement souffert. Il y existe néanmoins encore quelques cellules tout à fait normales. L'atrophie de la partie du noyau de l'oculomoteur éloignée du centre est surtout prononcée dans le plan antérieur et dans le plan postérieur ; les coupes de la portion moyenne de cette région sont normales. Aux points d'atrophie correspond l'atrophie du réseau intranucléaire des fibres et des racines intramédullaires. Il existe encore une atrophie presque complète des cellules externes du noyau qui sont disséminées dans l'épaisseur et en avant du faisceau longitudinal postérieur. Enfin l'oculomoteur commun lui-même présente, dans sa partie périphérique, une atrophie avec prolifération interstitielle. Les autres noyaux des autres nerfs craniens, notamment le noyau du pathétique, sont normaux.

Ce serait, dans l'espèce, une lésion primaire des cellules, exactement comme dans le cas de paralysie progressive multiloculaires des muscles des yeux. Il est intéressant de rapprocher la continuité de la paralysie unilatérale qui nous occupe (cinq ans de durée), et l'atrophie des fibres radiculaires intramédullaires, l'atrophie nucléaire partielle circonscrite. Pourquoi l'intégrité d'une grosse partie du noyau ? Parce que l'agent nocif inconnu a exercé une action élective spéciale. P. KERAVAL.

XXXIV. Sur un réflexe particulier de la paume de la main ; par F.-F. HOLZINGER (*Obozrenie psichiatrii*, III, n° 6, 1898.)

Réflexe de l'éminence hypothénar. Voyez *in Neurologische Centralblatt* XVII. 1898 Déjà analysé. P. KERAVAL.

XXXV. Du trouble des échanges nutritifs dans la neurasthénie ; par W.-M. BECHTEREW. (*Obozrenie psichiatrii*, III. n° 7, 1898.)

Voyez *Neurologische Centralblatt*, XVII, 1898. Analysé.

P. KERAVAL.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE.

Séance du 8 *novembre* 1900. PRÉSIDENCE DE M. JOFFOY.

Un cas de troubles de la sensibilité chez un amputé. — M. TOUCHE rapporte l'histoire d'un malade atteint de *bras fantôme*; on provoquait dans le bras disparu des douleurs à type métamérique ou radiculaire suivant le point du thorax que l'on palpait. Ce malade est très probablement hystérique.

Psammôme des méninges comprimant la moelle. — M. TOUCHE présente les photographies de coupes se rapportant à deux cas de cette affection affectant l'un la moelle dorsale, l'autre la moelle lombaire et ayant donné tous les signes de compression médullaire localisée aux points intéressés.

Paralysie du grand dentelé. — M. SOUQUES présente une malade robuste, qui en tombant dans un escalier, s'est rattrapée violemment à la rampe, de la main droite. L'effort a été tellement vif que la main est restée crispée sur un barreau et que la malade a dû avec la main gauche détacher la main droite ainsi contractée. En même temps, elle a éprouvé une vive douleur au creux axillaire, et depuis ce moment le bras droit ne peut plus être élevé au-dessus de l'horizontale; la paroi postérieure du creux axillaire a disparu; le sillon de Duchenne est très net, le bord postérieur et la pointe de l'omoplate étant detachés et portés en arrière et en haut. L'examen électrique dénote la paralysie du grand dentelé et du trapèze scapulaire, la brusquerie de l'effort ayant lésé les nerfs correspondant à ces groupes musculaires.

Paralysie infantile avec scoliose tardive. — M. MARIE présente un malade, qui ayant subi à l'âge de cinq ans une paralysie infantile du membre inférieur droit, a recommencé à marcher avec appui à huit ans et a pu ensuite marcher sans canne. A l'âge de trente-quatre ans, il a eu une reprise d'amiotrophie avec scoliose très prononcée alors qu'il avait été parfaitement droit jusque-là. M. Marie montre des photographies relatives à d'autres cas identiques dont l'un montre une paralysie infantile à trois ans améliorée avec scoliose apparaissant à dix-neuf ans.

Arthropathie tabétique. — M. Pécharmant présente les photographies d'un cas de tabes ancien de six ans au cours duquel dernièrement se produisit une arthropathie énorme du genou. Celle-ci fut en vain traitée par le salicylate de soude et s'amenda au contraire en trois jours sous l'influence de l'aspyrine. Il n'y avait ni rougeur ni température.

Tremblement associé à une rétinite du côté opposé. — M. Klippel rapporte le cas d'un homme de quarante-huit ans, qui pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde fut pris de tremblement choréiforme du membre supérieur droit associé à une rétinite gauche. Il s'agit probablement d'une lésion des tubercules quadrijumeaux d'origine typhique.

Signe de Babinski dans la fièvre typhoïde. — M. Léopold Lévi. — Le signe de Babinski s'est rencontré dans 10/20 cas de fièvre typhoïde. Il est apparu aux différentes périodes de la maladie : 9e jour, 21e, 25e, a persisté un temps variable : 20 jours, 30 jours. Certains malades ont quitté l'hôpital, le présentant encore.

Deux fois les phénomènes nerveux ont réalisé le tableau d'une myélite aiguë bénigne.

Dans une autre observation, il y a eu rétention homogène d'urine pendant la convalescence. Le délire a été fréquemment observé.

Dans aucun cas, il n'y a eu coïncidence du signe de Konig, ni de phénomènes méningés.

La trépidation épileptoïde a coexisté avec le signe de Babinski 5 fois,

Le signe de Babinski a existé sans trépidation 5 fois.

La trépidation a existé sans signe de Babinsky 4 fois.

L'exagération des réflexes, la trépidation épileptoïde, le signe de Babinski indiquent une altération de la marche (1re étape de la myélite typhoïdique).

L'existence du signe de Babinsky au cours de la fièvre typhoïde ne semble pas augmenter la gravité de la maladie. Tous les cas se sont terminés par guérison.

M. Babinski. — M. Lévi est peut-être tombé sur une série heureuse, puisqu'il accuse le phénomène du pied dans 50 p. 100 des cas de typhoïde où il l'a cherché; en tout cas, il y a là une notion nouvelle, et la preuve que cette maladie atteint plus souvent qu'on ne croit le névraxe.

M. Dupré. — L'intérêt sera maintenant de rechercher ce qui restera de cette atteinte deux ou trois ans après guérison de la fièvre typhoïde.

Réflexe plantaire dans la paralysie générale. — MM. A. Delteil et Rouvière (de Montpellier). — Il n'existe pas de rapport entre les réflexes plantaire et rotulien dans la paralysie générale vraie. Il y

en aurait un au contraire dans la pseudo-paralysie générale syphilitique. Ce rapport pourrait servir à les différencier.

M. Babinski présente la thèse de M. Charuel faite sous la direction de M. Lalanne de Maréville et intitulée : *Recherches sur le phénomène des orteils dans la paralysie générale.* — Ce réflexe serait souvent le seul indice de lésions pyramidales au cours de la paralysie générale.

Zona thoracique en bande horizontale. — M. Brissaud rapporte un cas de zona s'étageant dans les 5e, 6e et 7e espaces intercostaux sur une bande exactement horizontale intéressant par conséquent sur une même ligne de niveau trois nerfs à trois étages différents ce qui confirme ses conclusions antérieures sur ce sujet.

Phénomène des orteils dans l'épilepsie. — M. Crouson, dans le service de M. Bourneville a cherché ce signe au cours des attaques. Dans une première catégorie de malades, il y a immobilité absolue pendant toute l'attaque et retour du réflexe un certain temps après la fin de la crise; dans une seconde catégorie : immobilité au début de l'attaque et retour du réflexe après un certain temps, mais avant la fin de la crise Enfin, dans une troisième catégorie, il y a extension pendant toute la durée de l'attaque.

F. Boissier.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du mardi 16 *octobre* 1900. — Présidence de M. Voisin.

Un appareil pour produire l'hypnose.

M. Lemesle. Cet appareil comporte : 1° un mouvement d'horlogerie qui actionne un miroir rotatif; 2° un phonendoscope qui emmagasine et amplifie les vibrations sonores. De cette manière, on réalise l'inhibition oculaire et l'inhibition auriculaire.

La léthargie chez les poissons.

M. Farez signale le cas de poissons qui, pendant huit mois de l'année restent en léthargie dans la vase desséchée et durcie des rivières complètement à sec, puis sortent de leur sommeil dès que l'eau recommence à couler.

M. Regnault. Ce genre de poisson est le protopterus ; dès que vient la sécheresse, il secrète des mucosités et se construit une

sorte de cocon auquel il ménage un canal d'air grand comme un trou de souris. La léthargie ne se rencontre pas seulement chez les hibernants, mais, en général, chez les animaux auxquels la nourriture vient à faire défaut, chez des hérissons, des échidnés, des fourmis, des insectes, etc. Le sommeil hibernal existe aussi chez l'homme, par exemple, dans certains districts russes qui souffrent de la disette. La léthargie n'est ni étrange, ni exceptionnelle ; elle constitue un phénomène biologique en rapport avec des modifications de la température et de la vaso-constriction périphériques.

M. Le Menant des Chesnais. Les fakirs présentent des phénomènes de ce genre ; chez celui qui se fit emmurer pendant plusieurs mois, on a très nettement constaté un refroidissement lent et progressif.

M. Boirac. On sait, d'après des témoignages authentiques, qu'un troupeau de moutons surpris par une avalanche, fut bloqué dans une cavité naturelle et resta en léthargie pendant 25 jours.

M. Voisin. Les léthargiques ne font aucun mouvement quand on ne les alimente pas. La fameuse dormeuse de Thenelles esquisse parfois des ébauches d'attaques d'hystérie ; c'est qu'on lui administre des lavements nutritifs.

M. Bérillon. Forel (de Zurich) a très bien étudié la léthargie chez les loirs. Il est parvenu à les réveiller partiellement et à leur faire exécuter des mouvements purement automatiques. Ces expériences mériteraient d'être reprises.

La pratique de l'hypnotisme à la campagne.

M. Perceau (de Nérondes) expose que, par l'hypnotisme, il a pu guérir des malades rebelles à toute autre médication et qui présentaient des crises hystéro-épileptiques, du mutisme, de l'anorexie, de l'incontinence d'urine, etc.

Recherche du subconscient pendant le sommeil hypnotique.

M. Bérillon. Parfois nos suggestions restent inefficaces parce qu'elles ne s'adressent qu'au symptôme. Si nous interrogeons nos malades, après les avoir plongés dans le sommeil hypnotique, nous arrivons parfois à découvrir que la véritable cause de leur état malade réside dans une idée fixe, un rêve, etc., demeurés subconscients pendant la veille. Le docteur Vogt (de Berlin) a montré combien la thérapeutique devient efficace dès qu'on prend soin de rechercher ce subconscient.

M. Farez. J'ai eu à soigner un littérateur qu'une femme s'amusait à endormir à volonté par simple pression d'un point hypno-

gène artificiellement créé. Réveillé, ce sujet ne savait même pas qu'on l'avait endormi. Après l'avoir hypnotisé, j'ai pu faire revivre chez ce sujet le souvenir de ce qui s'était passé pendant les sommeils antérieurs. Mais, comme cette femme lui avait formellement suggéré de n'en rien révéler à personne, j'ai longtemps échoué dans mes tentatives de désuggestion. A force d'artifices, je suis cependant parvenu à obtenir des aveux. Alors, seulement, par des inhibitions suggérées, j'ai pu neutraliser l'action hypnotisante de cette femme et affranchir cet homme d'une telle sujétion.

M. Magnin, Jadis, à la Pitié, une malade de Dumontpallier présenta des accidents syphilitiques, et, cependant, elle affirmait n'avoir jamais eu aucun rapport. Hypnotisée, elle se rappela qu'un jour de sortie, avant de rentrer à l'hôpital, elle s'était endormie et qu'un individu, qu'elle désigna, avait profité de son sommeil pour abuser d'elle.

Sommeil naturel et suggestion.

M. Farez. Une femme fait à son mari des suggestions pendant le sommeil naturel ; elle lui suggère des paralysies psychiques, des antipathies, des répulsions ; elle lui extorque les confidences les plus intimes et en fait son véritable esclave. Le mari, à l'état de veille, ignore le viol moral dont il est l'objet pendant la nuit. C'est seulement quand je l'ai plongé dans le sommeil hypnotique qu'il peut retrouver et faire revivre ces souvenirs subconscients. Ceux-ci une fois évoqués, l'immunisation psychique peut être réalisée.

VARIA.

Les aliénés en liberté.

Une victime des maires. — Deux gardiens de la paix de service, la nuit dernière vers une heure, sur le boulevard de Belleville, apercevaient un cocher de fiacre qui, complètement nu, debout sur son siège, fouettait son cheval à tour de bras en hurlant : « Je suis le successeur de Monjaret, je conduis les maires au banquet officiel ! dans le char de l'Etat ! »

Aiguillonné par la douleur, le cheval faisait des bonds à rendre jaloux un pur-sang et brûlait d'autant mieux les pavés qu'ils étaient en bois.

N'écoutant que leur courage, les deux agents se jetèrent à la tête de l'animal et, après avoir été traînés sur un parcours d'une cinquantaine de mètres, réussirent, malgré les vociférations de l'automédon, à l'arrêter. Ils conduisirent l'attelage et son conducteur au poste de la rue Étienne-Dolet. Le pauvre deséquilibré avait jeté ses vêtements à l'intérieur du véhicule. C'est un nommé Ernest Prichey, âgé de trente-trois ans, demeurant rue des Vignolles. Il a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt. (*Le Matin*, 23 septembre 1900.)

La folle des Tuileries. — Des gardiens remarquaient, hier après midi, dans le jardin des Tuileries, non loin de la grille de la place de la Concorde, une femme, jeune encore, entièrement vêtue de noir, qui, au pied d'un arbre, au moyen d'une petite pelle, avait creusé un trou et appelait un être invisible. Ils s'approchèrent et interrogèrent l'inconnue. — Je cherche mon enfant, leur déclara-t-elle. Elle se cache au pied de cet arbre.

Les gardiens n'eurent pas de peine à s'apercevcir que la pauvre femme ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés mentales. Ils la conduisirent chez M. Blondeau, commissaire de police, qui l'a fait diriger sur l'infirmerie spéciale. L'enquête a établi que la malheureuse, nommée Jeanne Sorbin, âgée de trente-deux ans, divorcée, était devenue folle à la suite de la perte d'une fillette de quatre ans, son unique enfant. (*Le Matin*, 25 septembre 1900.)

L'aliéné de la rue Ramey. — Une scène tragique s'est déroulée, hier dans la matinée, rue Ramey. Brandissant un long poignard, un individu, vêtu seulement de sa chemise et de son pantalon, les yeux injectés de sang, l'écume aux lèvres, allait et venait furieusement, criant de temps à autre : « Je suis Robespierre ! Je vais vous tuer tous, tous !... » Et, ce disant, le pauvre diable se jetait sur les passants qui s'enfuyaient affolés. A un moment donné, il réussit à saisir par les cheveux une femme d'une vingtaine d'années qui, ayant au bras un lourd panier, s'était trouvée immobilisée par sa charge. Il la renversa et allait, sans aucun doute, la frapper avec son arme, lorsque, voyant le danger que courait la malheureuse, un gardien de la paix se précipita sur le forcené et, d'un formidable coup de poing dans la poitrine, lui fit lâcher prise et l'envoya rouler sur la chaussée. En tombant, l'homme laissa échapper son poignard. On réussit alors à s'emparer de lui. Solidement ligoté, il fut conduit au commissariat de police de M. Carpin et reconnu pour un nommé Joseph Bourdent, âgé de trente-quatre ans, garçon coiffeur, demeurant 18, boulevard Barbès.

Bourdent qui, *depuis quelque temps, ne jouissait plus de la plénitude de ses facultés*, avait été pris d'un accès de folie furieuse et s'était enfui de chez lui, après avoir tenté d'assassiner sa femme. M. Carpin l'a envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Matin*, 27 septembre 1900.)

L'homme au chien. — Un monsieur extrêmement correct se rendait, hier, au commissariat de police du Champ-de-Mars, conduisant en laisse un superbe caniche noir, autour des reins duquel il avait noué un large ruban tricolore. Sur son passage, les visiteurs se demandaient quelle était cette plaisanterie, que plus d'un trouvait de très mauvais goût.

Arrivé au commissariat de police, le maître du chien, introduit auprès de M. Garnot, lui déclare qu'il venait le trouver afin de le prier de prendre les mesures nécessaires « pour faire respecter le maire de la Martinique ». Ne comprenant pas de quoi il s'agissait, le magistrat demanda à l'inconnu : — Mais le maire de la Martinique n'a pas besoin de moi, il retrouvera bien son chemin tout seul. — Hélas! non, monsieur le commissaire, répondit le singulier personnage; le malheureux ne peut plus parler et ne sait pas se faire comprendre. — Mais où est-il? s'écria le commissaire, de plus en plus étonné. — Le voici.

Et ce disant, le monsieur montrait son chien.

Comprenant aussitôt qu'il avait affaire à un fou, le commissaire l'interrogea adroitement et apprit qu'il se nommait M. J..., ingénieur, assez connu à Paris. Ce malheureux a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Matin*, 27 septembre 1900.)

Un fou furieux. — Les voyageurs qui se trouvaient hier matin dans le train venant de Pontoise ont été vivement impressionnés par un fou furieux qui était monté dans un compartiment de première.

Après avoir quitté la station de Pontoise le conducteur du train entendit la sonnette d'alarme. Il fit stopper le train et courut à un compartiment de première classe, où un individu, la tête à la portière, gesticulait et à coups de canne brisait les glaces en proférant des menaces de mort pour quiconque l'approcherait. Voyant qu'il avait affaire à un fou, le conducteur du train chercha à le calmer, mais sans y parvenir.

Aidé alors de plusieurs voyageurs, il voulut maîtriser l'aliéné, mais doué d'une force peu commune, le fou, griffant et mordant, frappant à coups de pieds et de poings, les tint tous à distance.

Le chef de train voyant qu'on ne pouvait arriver à s'en rendre maître, ferma la porte du compartiment, laissant dans un compartiment voisin deux employés pour le surveiller et il remit son train en marche, tandis que la sonnette d'alarme, agitée frénétiquement par l'aliéné, ne cessait de se faire entendre jusqu'à l'arrivée en gare du Nord.

Là, lorsque le train stoppa, des inspecteurs du commissariat spécial de la gare qui avait été prévenu par une dépêche envoyée de Saint-Denis, se dirigèrent vers le wagon et entamèrent avec

l'aliéné, une lutte des plus vives, au cours de laquelle ils reçurent force coups de pied, de poing et de canne. C'est absolument ligotté que ce fou furieux fut conduit au poste de police où une voiture de l'infirmerie spéciale du Dépôt, vint le prendre à 11 heures. Il n'a pas été possible encore d'établir son identité. (*La Fronde*, du 10 octobre 1900.)

— Mme Rochon, épicière, boulevard du Roi, *donnait depuis quelque temps des signes d'aliénation mentale*. Pendant que son mari faisait brûler du café dans la cour, Mme Rochon réussit à absorber le contenu d'une fiole de teinture d'iode et ne tarda pas à expirer. (*Journal de Seine-et-Oise*, 20 octobre 1900.)

— Un homme âgé d'une trentaine d'années avait assailli, à plusieurs reprises, dans le parc de Versailles, des personnes seules, sans qu'on eût jamais réussi à l'arrêter. Il essayait de renouveler ses exploits sur le champ de foire de Versailles. Cette fois, il fut arrêté et conduit au commissariat central, où l'on reconnut que l'on avait affaire à un fou. Cet individu a été interné à l'hôpital. (*Journal de Seine-et-Oise*, 20 octobre 1900.)

Pauvre fou ! — Un individu parcourait ce matin, à sept heures, la rue d'Allemagne, tirant des coups de revolver sur les passants qui, effrayés, se sauvaient. Désarmé par un agent, ce singulier monomane a été emmené au commissariat de M. Pontailler. C'est un nommé Joseph Lofin, coiffeur, demeurant, 7, rue Lauzun ; il a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*La France* du 26 octobre 1900.)

Drame de la folie. — Mme Mélanie Gayltout, âgée de trente et un ans et mère de deux enfants, demeurant à Rosny-sous-Bois, a tenté de se suicider dans des circonstances toutes particulières.

Hier, dans l'après-midi, profitant que son mari, maçon, était à son travail, elle faisait absorber à sa petite fille, âgée de six mois, la moitié du contenu d'une fiole de laudanum et elle en buvait elle-même l'autre moitié. Elle se couchait alors avec son enfant sur son lit, puis trouvant que la mort ne venait pas assez vite, elle allait dans la cuisine chercher deux couteaux avec lesquels elle se fit quatre blessures profondes en dessous du sein droit.

Lorsque M. Gayltout rentra il trouva sa femme sans connaissance tenant son enfant embrassée sur le lit. Affolé, il courut chercher du secours.

Le docteur Estieu, ancien maire de Bagnolet, après des soins immédiats, les a fait transporter à l'hôpital Tenon. Le mari a déclaré que sa femme *ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés mentales*. (*La France*, du 22 octobre 1900.)

Aliénée. — Une rentière, d'origine anglaise, Mme Mill, demeurant rue Franklin, donnait depuis quelque temps des signes d'aliénation mentale qui inquiétaient ses voisins. Hier soir, vers onze heures, après s'être barricadée dans son appartement, Mme Mill apparut à la fenêtre, en poussant des cris lamentables qui attirèrent les passants. Puis elle se mit à lancer dans la rue, du haut du second étage, des bijoux et des valeurs. Le concierge, n'ayant pu arriver à forcer la porte de Mme Mill, fit appel aux sapeurs-pompiers, qui, au moyen d'une échelle, s'emparèrent de la malheureuse, qui a été envoyée à l'infirmerie spéciale du Dépôt. M. Flory, juge d'instruction, qui se trouvait sur les lieux, surveillait les opérations des pompiers. (*Le Temps*, 1er novembre 1900.)

Les drames de l'alcoolisme.

— A St-Etienne (Loire), le nommé Painturier, trente-neuf ans, *alcoolique,* a tué à coups de revolver la femme Giraud, sa concubine, puis s'est tué ensuite. (*Le Bonhomme Normand*, 27 juillet 1900.)

Suicide d'enfant. — A Pont-de-l'Arche (Eure), un petit domestique, âgé de quatorze ans, s'est pendu dans la forêt. Il avait près de lui une bouteille d'eau-de-vie vide. La cause de son suicide est inconnue. (*Le Bonhomme Normand*, 27 juillet 1900).

Charles Broggi, quarante-deux ans, marin à Ajaccio, alcoolique invétéré, a tué, à coups de couteau, sa femme parce que, absorbée par les soins à donner à son bébé de trente jours, elle n'avait pas préparé le déjeuner. Il s'est suicidé ensuite. (*Le Bonhomme Normand*, 5 octobre 1900.)

— Deux jeunes gens de l'Hermitage (Ille-et-Vilaine), *étant gris*, allèrent, la nuit, frapper avec persistance, à la porte de la veuve Prodhomme, 63 ans. Celle-ci ouvrit la fenêtre pour leur jeter un seau d'eau, mais l'un d'eux lui lança un énorme caillou qui la tua. (*Bonhomme Normand*, 18 octobre 1900.)

La nuit dernière, un chaudronnier en cuivre, François Gilles, âgé de trente-cinq ans, en rentrant à son domicile, 114, rue Demidof, au Havre, en état d'*ivresse*, s'est précipité sur sa femme, née Léontine Mauduit, âgée de vingt-huit ans, qui était couchée, l'a frappée à coups de pied et de poing avec une férocité inouïe. Comme la malheureuse poussait les cris : « Au secours ! à l'assassin ! mais tu me tues ! » Le misérable répondit : « Oui, il faut que je te tue aujourd'hui. » Puis, malgré les pleurs des cinq petits enfants, qui imploraient pour leur mère en criant : « Maman ! maman ! » Gilles, fou furieux, saisit brutalement sa femme dans ses bras, la porta près de la fenêtre et la lança dans le vide de la hauteur du troisième étage, sur le pavé de la rue.

Relevée par les voisins, la victime a été transportée à l'hôpital Pasteur, où elle est morte ce matin. Quant à Gilles, il a été arrêté aussitôt. Il exprime de vifs regrets et assure que sa femme se serait elle-même précipitée par la fenêtre. Mais le témoignage des cinq enfants ainsi que les déclarations des voisins qui ont entendu la scène sont contre lui. Des voisins charitables ont bien voulu se charger provisoirement des cinq enfants dont l'aînée, une fille, est âgée de sept ans. (*Le Temps* du 22 octobre 1900.)

— Louis Bordeaux, 15 ans, garçon perruquier à Bretoncelles (Orne), étant ivre, avait pris un fusil pour tuer son père et sa mère. Ses oncles l'arrêtèrent. Le jeune assassin tira dessus, mais ne les atteignit pas. Il a été arrêté. (*Le Bonhomme Normand.*)

Une léthargie prolongée. — Est-ce une fraude ?

Il y a environ vingt ans, le garde-frein Diettrich fut victime d'un grave accident de chemin de fer, il fut blessé à la tête. perdit connaissance et depuis il est dans un état de léthargie qui a été constaté et étudié par un grand nombre de célébrités médicales venues à Nausslitz (royaume de Saxe), pour examiner ce dormeur extraordinaire. Les voisins n'ont, paraît-il, jamais bien cru à cette *léthargie prolongée* et souvent, depuis une dizaine d'années, des dénonciations sont parvenues à la direction des chemins de fer saxons prétendant que Diettrich était un vulgaire imposteur et avait escroqué les grosses sommes, 30.000 marcs environ, que les siens touchaient en guise d'indemnité.

Le brigadier de gendarmerie Nestmann a assuré que le soir il avait vu avec sa lorgnette le prétendu dormeur s'approcher de sa femme qui causait près de la fenêtre et s'asseoir sur une chaise. Le brigadier appela plusieurs personnes qui constatèrent également ce fait. Puis tous, ils se rendirent à la maison du dormeur qu'on trouva comme toujours dans son lit plongé dans son sommeil léthargique. Le brigadier de gendarmerie s'écria : « Diettrich, levez-vous, maintenant votre comédie est éventée, on vous a vu il y a quelques minutes à la fenêtre près de la machine à coudre ! » Diettrich ne bougea pas, sa femme et sa fille se mirent à pleurer; le brigadier et ses amis se retirèrent en disant qu'ils allaient dénoncer l'imposteur. Immédiatement l'administration des chemins de fer de l'Etat saxon a envoyé à Nausslitz plusieurs médecins, dont l'un d'eux a nié énergiquement toute espèce de fraude de la part de Diettrich.

« Diettrich, dit-il, n'est pas un imposteur, mais un pauvre malheureux qui est hors d'état de faire le moindre mouvement. Voici ce qui s'est passé le jour où le brigadier et ses amis l'ont vu à la fenêtre. Tous les jours, Mme Diettrich et sa fille portent le

malheureux sur une chaise près de la fenêtre pendant que l'on fait son lit. Le malade, qui ne peut pas se tenir sur son séant, a été appuyé contre la machine à coudre, ce qui lui donnait l'air d'un ouvrier se servant de la machine, à tel point que sa fille, en plaisantant, lui mit un instant les lunettes de sa mère. Lorsque le brigadier et ses amis ont pénétré chez la famille Diettrich, le malade venait d'être reporté dans son lit et les pauvres femmes, terrifiées, n'ont pas pu s'expliquer les motifs de cette brutale invasion de leur domicile, pas plus que l'interpellation du brigadier ordonnant au pauvre malade de se lever. »

Cette mystérieuse affaire a eu un épilogue tragique. Mme Diettrich, après avoir essayé d'étrangler son mari, l'a tué d'un coup de pistolet dans la tête, ensuite elle s'est pendue. Ceux qui ont prétendu que Diettrich était un imposteur disent que les époux se sont suicidés lorsqu'ils ont vu leur fraude découverte. Les médecins et la majorité de la population pensent, au contraire, que ce sont les calomnies des voisins qui ont poussé cette malheureuse femme à cet acte de désespoir. On a trouvé, du reste, une lettre qui confirme cette opinion.

Avant l'accident de chemin de fer qui retrancha, pour ainsi dire, Diettrich du nombre des vivants, cette famille jouissait de la considération générale qui se transforma en mépris lorsqu'on crut dans le pays que les époux jouaient une indigne comédie pour continuer à toucher la pension relativement élevée que leur servait l'administration des chemins de fer saxons.

Pendant dix-sept ans, Mme Diettrich a eu à souffrir des dénonciations des voisins, suivies de descentes de police, et bien que toujours les médecins aient déclaré que l'infortuné garde-frein était vraiment dans un état d'insensibilité complète, les envieux n'ont pas désarmé jusqu'à ce qu'ils aient poussé cette malheureuse femme à l'acte de désespoir, qui a vivement impressionné l'opinion publique. On a pratiqué l'autopsie du garde-frein ; elle a pleinement confirmé les diagnostics des médecins ; plusieurs lésions du cerveau ont motivé l'état léthargique dans lequel Diettrich a végété pendant si longtemps. (*Le Temps* du 25 octobre 1900.)

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Nominations et promotions :* M. le Dr Jacquin, premier du concours de Lyon, nommé médecin adjoint à St-Ylie

(Jura) poste créé ; — M. le Dr Bourdin, médecin adjoint à la Charité (Nièvre) promu à la classe exceptionnelle ; — M. le Dr Truy, médecin adjoint à Auxerre, promu à la première classe du cadre ; — M. le Dr Lallemand, directeur-médecin à Quatre-Mares (Seine-Inférieure), nommé à la première classe du cadre ; — M. Lucipia, ancien président du Conseil général de la Seine et du Conseil municipal de Paris, nommé directeur de l'asile public d'aliénés de Villejuif (Seine), en remplacement de M. Tondu, nommé directeur honoraire ; — M. Lesvier, directeur de l'asile des aliénés de Rennes, nommé directeur de l'asile de Clermont (Oise) ; — M. Gruhier, directeur de l'asile de Clermont (Oise), nommé directeur de l'asile des aliénés de Rennes ; — M. le Dr Sizaut, directeur médecin à Saint-Ylie (Jura), est promu à la 2e classe du cadre ; — M. le Dr Boudrie, médecin en chef à l'asile de Vaucluse, nommé médecin en chef à l'asile de Maison-Blanche (poste créé) ; — M. le Dr Dupain, directeur médecin à Dun-sur-Auron (Cher), nommé médecin en chef à l'asile de Vaucluse (novembre).

Asile de Maine-et-Loire. — Un concours pour une place d'Interne en médecine à l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire) s'ouvrira à Angers, le lundi 3 décembre 1900, à 8 heures du matin, à la Préfecture. Avantages : Indemnité annuelle de 700 francs ; nourriture, logement, chauffage, éclairage. Pour tous autres renseignements, s'adresser au Secrétariat de l'Asile.

Asiles d'aliénés de la Seine. — *Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine*, vacantes au 1er janvier 1901, dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif et Maison-Blanche et l'infirmerie spéciale des aliénés à la Préfecture de Police. — Le lundi 3 décembre 1900, à midi précis, il sera ouvert, à la Préfecture de la Seine, annexe de l'Hôtel de Ville, rue Lobau, n° 2, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine vacantes dans lesdits établissements au 1er janvier 1901. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours, devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, n° 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de midi à 5 heures, du lundi 5 au samedi 17 novembre 1900 inclusivement.

Psychiatrie et Psychologie. — *Service de M. Toulouse à l'asile de Villejuif* (Tramway du Châtelet). — Le mercredi, visite du service. — Le laboratoire du service de M. Toulouse fait partie de l'école des hautes études sous la dénomination de Laboratoire de Psychologie expérimentale. Les élèves sont exercés, sous la direction de M. Vaschide, chef des travaux, et d'autres spécialistes, à l'examen des malades et aux diverses manipulations de la psycho-

logie expérimentale. Les conférences, dont le programme sera ultérieurement publié, seront faites par le Directeur, M. Toulouse, et ses collaborateurs. On est prié de se faire inscrire au préalable pour prendre part aux travaux pratiques qui sont gratuits.

Hystérique voleuse. — *Gare aux poches.* — Il y avait ces jours-ci, à Vire, rue de la Gare, une vente assez importante. Pendant qu'elles regardaient, une voleuse visita les poches des dames Augustine Aubeuf, Emilia Asselin et Augustine Jobard, et leur enleva : à la première, 27 fr. ; à la seconde, 7 fr., et à la troisième, 20 fr. Les soupçons se portèrent sur la nommée Azelma Auvray, venant de Granville. Le commissaire se rendit à l'hôtel où elle était descendue et l'arrêta avec une autre femme qui l'accompagnait. En prison, Azelma Auvray a été prise d'une *crise d'hystérie* qui a dégénéré en folie furieuse et qui a motivé son transfert à l'hôpital. (*Le Bonhomme Normand*, 18 octobre 1900.)

Encore un enfant qui met le feu. — Nous avons dit que deux bâtiments, situés à Caumont-sur-Orne, près Harcourt, avaient été détruits par le feu. Ils ont occasionné 8 170 fr. de pertes au sieur Marguerite, 800 fr. au sieur Courvalet et 200 fr. au sieur Guillot. Il y a assurance. Le petit René Marie, à peine âgé de quatre ans, a déclaré qu'ayant trouvé une allumette il l'avait frottée contre le mur de la grange et avait enflammé la paille qui s'y trouvait et qui avait pris feu. (*Le Bonhomme Normand*, 18 octobre 1900.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Boddaert (R.). — *Etude sur une forme d'oxomatomanie.* — Brochure in-8° de 8 pages. — Bruxelles, 1900. — Imprimerie Hayez.

Castéras (de). — *Contribution à l'étude du traitement des psychoses par l'alitement.* — In-8° de 106 pages. — Lille, 1900. — Librairie A. Masson.

Crocq. — *L'hypnotisme scientifique*, avec une introduction par le professeur Pitres (2e édition revue et augmentée). — In-8° de XVIII-610 pages, avec 51 figures. — Prix : 15 francs. — Paris, 1900. — Société d'éditions scientifiques.

Dubois (Ch.). — *De l'action des anesthésiques sur les réflexes ganglionnaires.* — In-8° de 42 pages. — Lille, 1900. — Librairie A. Masson.

Gélineau (J.-B.). — *Traité des épilepsies.* — Volume grand in-8° de 952 pages. — Prix : 15 francs. — Paris, 1900. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

HAMMARBERG. — *Studien über Klinik und pathologie der idiotie nebst untersuchungen über die normale anatomie der Hirinde.* — In-4° de 128 pages, avec 7 planches hors texte. — Upsala, 1895. — Druck akademischen Buchdruckerei.

LEDUC (S.). — *Effets psychiques de la caféine.* — Brochure in-8° de 4 pages. — Paris, 1899. — (*Association pour l'avancement des sciences.*)

LEDUC (S.). — *Traitement électrique des névralgies.* — Brochure in-8° de 18 pages, avec 2 planches hors texte. — Paris, 1900. — Congrès international d'électrologie.

LEDUC (S.). — *Rapport entre la variation d'excitation des nerfs et la variation de densité des courants excitateurs à différents potentiels.* — Brochure in-4° de 6 pages, avec 4 figures. — Paris, 1900. — Extrait des *Comptes rendus de l'Académie des sciences.*

LEON (J. de). — *Siringomielia con amiotrofia tipo Aran Duchenne.* — Brochure in-8° de 8 pages, avec 2 figures. — Montevideo, 1900. — Imprimerie de Turenne, Varzi y Cia.

MACKENZIE (S.). — *A case of negro lethargy with a note on the histological changes of the nervous system* by F.-W. CHOTT. — Brochure in-8° de 6 pages, avec une planche hors texte. — London, 1900. — Adlard and Son.

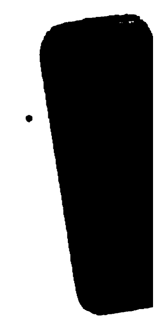
Manicomio nacional. Memoria correspondiente al año 1899. — In-4° de 60 pages, avec planches hors texte. — Montevideo, 1900. — Escuela Nacional de Artes y Oficios.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 12-1900.






U HOLZER
BINDER

